

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turman⁰⁷**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos
na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS**

Erlich Hidalgo Vega

Pelotas, 2015

Erlich Hidalgo Vega

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos
na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Rogéria Amaral dos Santos
Co-orientador: Analu Sparrenberger Manéa

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

V422m Vega, Erlich Hidalgo

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Coxilha, Amaral Ferrador /Rs. / Erlich Hidalgo Vega; Rogéria Amaral Dos Santos, orientador(a); Analu Sparrenberger Manea, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

101 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Rogéria Amaral Dos, orient. II. Manea, Analu Sparrenberger, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Eu quero dedicar meu trabalho à minha família, principalmente aquele que é mais importante, meu filho, que me dar força e me ajuda com o objetivo de continuar cumprindo com meu trabalho dia após dia.

Agradecimentos

À minha família, aqueles que são os mais importantes,

A meu filho, que é quem me dá força, que mexe na minha vida e ajuda para continuar cumprindo com meu trabalho dia após dia.

A todas as pessoas que tanto me ajudam de uma forma ou outra no trabalho.

À minha equipe pelas tantas horas de serviço e dedicação durante a intervenção.

E a Deus por ter me concedido o privilégio de ter uma maravilhosa família e por abençoar cada dia de minha vida.

Resumo

Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.2015. 99f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública, onde a maioria dos casos pode ser tratada na rede básica. Para qualificar a atenção dos usuários com HAS e DM é preciso uma abordagem integral e específica à assistência deles, baseado no atendimento das necessidades reais. O objetivo da presente intervenção no serviço é aumentar a cobertura e qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos da UBS Coxilha, do município Amaral Ferrador /RS. O projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, mas devido orientações do curso de especialização, a intervenção teve duração de 12 semanas. A intervenção baseou-se na execução de ações dentro de quatro eixos temáticos (organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica). Durante o período foram acompanhados 394 usuários com HAS e 116 usuários com DM, na faixa etária de 20 anos ou mais, atingindo a cobertura de 71,1% e 73,4% respectivamente. Dentre as ações que atingiram um percentual de 100% de qualidade destacam-se: o registro adequado na ficha de acompanhamento e as orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. A reorganização da atenção promoveu o trabalho de forma mais integrada entre médica, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Com a intervenção conseguiu-se uma participação mais ativa da população e os primeiros passos para as mudanças nos hábitos da população e, conseqüentemente, melhora na qualidade de vida destes usuários.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial sistêmica, diabete mellitus, saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de Cobertura do Programa de Atenção aos Hipertensos na Unidade de Saúde.	69
Figura 2	Gráfico de Cobertura do Programa de Atenção aos Diabéticos na Unidade de Saúde.	69
Figura 3	Gráfico de Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	70
Figura 4	Gráfico de Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	71
Figura 5	Gráfico de Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	72
Figura 6	Gráfico de Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	72
Figura 7	Gráfico de Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	73
Figura 8	Gráfico de Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	73
Figura 9	Gráfico de Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	74
Figura 10	Gráfico de Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	75
Figura 11	Gráfico de Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	76
Figura 12	Gráfico de Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.	76
Figura 13	Gráfico de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	77
Figura 14	Gráfico de Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	77
Figura 15	Gráfico de Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	78

Figura 16	Gráfico de Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	78
Figura 17	Gráfico de Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	79
Figura 18	Gráfico de Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	80
Figura 19	Gráfico de Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.	80
Figura 20	Gráfico de Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	81
Figura 21	Gráfico de Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	81
Figura 22	Gráfico de Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	81
Figura 23	Gráfico de Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.	82
Figura 24	Gráfico de Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	82

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ABS	Atenção Básica de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
ECNT	Enfermidade Crônica não Transmissível
HAS	Hipertensão Arterial
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	15
2 Análise Estratégica	16
2.1 Justificativa	16
2.2 Objetivos e metas	18
2.2.1 Objetivo geral	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas	18
2.3 Metodologia	20
2.3.1 Detalhamento das ações	20
2.3.2 Indicadores	50
2.3.3 Logística	56
2.3.4 Cronograma.....	58
3 Relatório da Intervenção.....	60
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	60
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	61
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	61
4 Avaliação da intervenção.....	62
4.1 Resultados.....	62
4.2 Discussão	85
5 Relatório da intervenção para gestores	89
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	91
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	93
Referências	94
Anexos	95

Apresentação

O presente volume refere-se ao trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas, sendo constituído por uma intervenção com objetivo de qualificar a atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, na UBS Coxilha, no município Amaral Ferrador – RS. O volume está organizado em sete unidades de trabalho, sequenciais e interligadas. A Análise Situacional será apresentada na primeira parte, com a descrição do município no qual a ESF está localizada, as características da unidade e da rede de atenção à saúde do município. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um Projeto de Intervenção, com a descrição da justificativa, objetivos, metodologia, logística e cronograma. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, com a descrição dos facilitadores e das dificuldades encontradas para concretização das atividades propostas. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da intervenção, e discussão dos resultados. No quinto e sexto capítulos estão os relatórios para o gestor e comunidade. Na sétima seção encontra-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) no Município de Amaral Ferrador localiza-se na zona rural, longe da cidade. Na prevalência das Enfermidades Crônicas não Transmissíveis (ECNT), as mais importantes são as enfermidades cardiovasculares como hipertensão e cardiopatias. Outro importante motivo de consulta é a Diabetes Mellitus e as enfermidades psiquiátricas.

Outras patologias que são importantes mencionar refere-se às enfermidades osteomusculares, unido aos quadros respiratórios agudos. Um dado importante é que não existe registro destas enfermidades nos últimos anos, por exemplo, de tuberculose e hanseníase, que têm uma maior repercussão em uma esfera social e pessoal dos usuários.

O estresse é outro tema de relevância, ficando evidente durante o atendimento médico. Os usuários psiquiátricos também são frequentes nas consultas, e quando se faz uma análise sobre a importância do adequado seguimento que precisam, podemos ver que são os casos que mais solicitam atendimento, e que em muitas vezes são feitas apenas uma troca de medicamento, por mais quantidades ou outro mais forte. Eu acredito que precisamos de um nível científico alto, procurando sempre uma solução do problema, quando for possível, mesmo que seja necessária mais de uma consulta, inclusive para dar orientação ao usuário e família. Sempre falar devagar, porque o usuário na primeira vez pode não querer expressar o que pensa. Vale referir que não sempre conseguimos uma melhoria nas doenças mentais apenas conversando com os usuários, mas precisamos orientar e fazer medicina comunitária- promoção de saúde.

Nós como médicos de comunidade sempre devemos lembrar que em nossas mãos fica o primeiro encontro do usuário com o setor da saúde, que mais importante que entregar medicamentos é o nosso trabalho de promoção à saúde. O mais importante não é dar mais dias à sua vida, e sim qualidade aos dias que restam.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Meu município é pequeno, localizado em uma zona do interior, sendo rural em sua totalidade. Com uma população de 6.355 habitantes, possui uma extensão territorial de 506,46 km² (IBGE, 2010). O mais importante fator econômico é o cultivo de fumo, com muito pouco em outros cultivos, assim como a criação de gado tem uma grande importância na economia do município.

Nosso município conta com 02 Unidades Básicas Saúde, uma delas localizada no centro do município e a outra mais para o interior, ou seja, que fica fora do perímetro urbano. As duas UBS tem estabelecida a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com as condições e requerimentos que isso exige. As possibilidades de atendimento da população ficam nos dois postos de saúde e um “hospital” que só tem uma estrutura para um pronto atendimento e as situações mais urgentes são encaminhadas ao município mais próximo. Em relação às especialidades médicas, temos pediatria que atende no posto principal/central do município, porém o resto das demais especialidades que devem existir ficam ausentes, dentro delas posso relatar: Educador Físico, Médico Ginecologista-Obstetra, Psiquiatra, Nutricionista, psicólogo e outros. O município não tem CEO e tampouco temos Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Quando os usuários precisam fazer algum tipo de exame de sangue nós contamos com um laboratório do Sistema Único de Saúde (SUS) que presta serviço dois dias da semana, assim como quando se precisa de outro tipo de exame a prefeitura encaminha o usuário onde o SUS agenda o atendimento.

A minha UBS fica no interior do município, na zona rural. Funciona com Estratégia de Saúde da Família (ESF), com equipe de saúde composta por sete agentes comunitários, um dentista, uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem e eu como médico especialista em medicina geral comunitária. Tenho que destacar que a equipe tem total conhecimento da população atendida, assim como se presta atenção a toda população cadastrada na área de abrangência. Não temos até o momento um excesso de demanda, sem atendimento. Não temos relação com nenhuma instituição de ensino de forma direta.

Minha UBS tem uma estrutura física que ainda não está completa, a mesma está sendo construída para tornar-se uma unidade de saúde com ESF, de acordo

com a estrutura preconizada pelo Ministério da Saúde. Divide-se em recepção, um posto de enfermagem, sala de vacinas, sala de reuniões, assim como a sala para o atendimento do médico e dentista, sala para a enfermeira e uma farmácia pequena.

Tenho que destacar que até agora temos falta de alguns materiais, mas que no geral, não afeta os resultados de trabalho. Como deficiência destaca-se a falta de uma área para esterilizar o material da unidade, já que tudo se faz na sala de enfermagem onde também se faz o curativo e todos os procedimentos que se precise.

Na área de abrangência de nossa UBS há uma população de 2.480 usuários, sendo que, de acordo com estimativa do Caderno de ação programática (CAP) do curso, existe na área um total de 30 crianças menores de 01 ano (1,21%), deles 14 são do sexo masculino e 16 feminino (0,56% e 0,65%); 60 crianças menores de 05 anos (2,42%), deles 28 são homens e 32 mulheres (1,13% e 1,29%); 368 usuários na faixa etária entre 05 e 14 anos (14,68%), deles 209 são homens e 159 mulheres (8,43% e 6,41%); 1.624 usuários na faixa etária entre 15 e 60 anos (65,48%), deles 882 são homem se 742 mulheres (35,56% e 29,92%); assim como 339 idosos, com mais de 60 anos (13,67%), deles 107 são homens e 232 mulheres (4,31% e 9,35%); temos um total de 1.258 homens (50,73%) e 1.222 mulheres (49,27%). Temos 1399 pessoas entre 20 e 59 anos, com 1387 pessoas com mais de 20 anos; azem como 554 com hipertensão e 158 com diabetes; dentro dos usuários com hipertensão 195 (52%) deles tem a estratificação de risco cardiovascular, 201 (53%) tem atraso nas consultas, 105 (28%) tem os exames complementares periódicos, deles 195 (52%) tem recebido orientações de pratica regular de atividades física e alimentação saudável, e 15 (0%) tem avaliação de saúde bucal; dentro dos usuários com diabetes 33 (35%) tem a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 65 (70%) tem atraso da consulta agendada em mais de 07 dias, 39 (42%) tem: os exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés nos últimos 03 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 03 meses, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 03 meses, orientação sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável, a avaliação de saúde bucal em dia foi feita a 07 (0%) usuários.

Com relação à demanda espontânea tenho que destacar que não temos um excesso de demanda, nas consultas. Todos os usuários que precisem de atendimento clínico na UBS ou nos seus domicílios são atendidos. A principal

dificuldade que se apresenta refere-se à área geográfica de difícil acesso onde se localiza a minha unidade, bem como a outra do interior rural que também realizamos atendimento. Fazendo uma planificação das visitas para prestar o atendimento a população que assim o requer, constatamos que nossa maior dificuldade são as estradas ruins, que dificultam as visitas domiciliares e o acesso dos usuários à UBS. Infelizmente, não temos governabilidade para intervir nesta questão.

Na saúde da criança, nós programamos um atendimento médico que permita garantir à população a discussão sobre os problemas de saúde que mais a afeta, assim como prevenir as doenças e riscos de maior probabilidade para esta faixa etária. As consultas das gestantes e crianças são feitas de acordo com os protocolos do Brasil, com consultas programadas. As vacinas são feitas na unidade, sendo que o teste da orelha e pezinho se faz no posto principal, que fica no centro do município. Uma questão positiva que nós temos mais que ainda não cobre todas as solicitações para um total atendimento, está relacionada à consulta da pediatra na unidade que fica no centro do município, o que permite uma avaliação das crianças. Todavia precisamos que o atendimento ocorresse mais vezes e não apenas duas vezes ao mês como é feito até agora. De forma geral a população tem boa aceitação pelo trabalho que é desenvolvido pela equipe. Quanto aos registros, atualmente estão sendo realizado, o que não ocorria anteriormente, já que não havia atendimento médico na UBS. Estamos tentando também fazer consultas programáticas.

Sobre o pré-natal as gestantes realizam consulta programática, portanto, sendo garantido o seu retorno. Nós não tínhamos os protocolos assistenciais, agora possuímos de forma digital.

De forma geral a cobertura do atendimento se faz em sua totalidade, sendo o ponto positivo mais importante do programa o atendimento em si. Por outro lado como já foi mencionado anteriormente, a dificuldade mais significativa que se tem é o difícil acesso do município (estradas). Além disso, podemos citar ainda a ausência de um médico ginecologista na equipe para encaminhamento de situações especiais, seja de urgência ou não. Agora as ações de saúde tão dando resultado, os usuários vão tendo uma educação de atendimento, de consulta agendada, e de ter um controle sobre a saúde para ter uma criança saudável, sendo vacinadas e de forma geral feito no programa do atendimento acorde aos protocolos do Brasil.

Na minha unidade se faz o Papanicolau nas usuárias para a prevenção de câncer de útero, porem para o câncer de mama temos mais dificuldades por não ter internet na unidade e o SUS requiere o aplicativo virtual, mas nós temos vias de alternativa e conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Com relação à programação e realização dos exames preventivos, se faz de maneira agendada, onde os agentes comunitários fazem a programação e a enfermeira, a realização dos exames.

De forma geral os programas estão sendo feitos, talvez uma mais que outros, mas a populações têm o serviço. Um aspeto que em minha opinião é muito importante e que fica fora de controle da equipe é a falta de controle dos resultados, a equipe não faz o acompanhamento das usuárias que tem alguma alteração, ficando essa tarefa na responsabilidade da própria usuária e da família.

Nós tentamos fazer o atendimento com toda a qualidade que se requer, assim como o controle e seguimento dos usuários que assim o solicitam e que já fizerem exame, assim como as que ainda estão pendentes ou não tem consciência da importância que tem se trabalha com elas, para isso toda a equipe de trabalho fica envolvido em sua realização e controle.

Os usuários com hipertensão e diabetes não se tem um registro específico. Os registros do atendimento ficam nas fichas/prontuários de cada usuário, assim como os registros realizados pelos agentes comunitários, sendo estes o elo de ligação entre a equipe e a comunidade. Os ACS possuem as informações privilegiadas sobre a saúde dos usuários, bem como acompanham a participação destes nas atividades da unidade, inclusive comparecimento às consultas. Nos grupos, nós temos o desenvolvimento de palestras que já apresentam resultados como controle das doenças. De acordo com as estimativas do CAP são 554 hipertensos e 158 diabéticos na área de abrangência. Atualmente há uma prevalência de 377 (68%) pessoas com hipertensão arterial, assim como 93 (59%) com diabetes.

Com os idosos nos fazemos um atendimento diferenciado, mesmo não existindo ainda a avaliação rápida e funcional do usuário. Nós não contamos com um registro só para idosos; os ACS realizam um bom trabalho junto a este grupo, identificando seus problemas e reencaminhando à equipe. Além disso, a maioria dos idosos está inserida no grupo de hipertensos e diabéticos, o que garante o atendimento médico.

Um dos maiores desafios que eu tenho quanto aos idosos, é suprir as necessidades de atendimento clínico, já que antes não existia o profissional médico. Felizmente, já conheço toda a população, já os tenho cadastrados e tenho oferecido um atendimento de qualidade.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Depois de realizada a análise situacional vejo que ainda temos muito para melhorar. Neste período de ambientação ao país e o trabalho na Unidade de Saúde através da análise situacional, consegui aprofundar os conhecimentos sobre a população da área de abrangência, com suas carências e virtudes e temos a convicção de que continuaremos no trabalho para conseguir o total cadastramento das famílias. Temos muitos desafios a serem cumpridos ainda e as expectativas são as melhores.

A partir da análise é possível trabalhar para alcançar melhores indicadores de saúde, bem como criar estratégias para fomentar a participação nos grupos de atenção básica.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS) no Caderno de Atenção Básica nº 15, há referência de que cerca de 17 milhões de pessoas tem hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais, número crescente; e com uma estimativa que cerca de 4 % das crianças e adolescentes também sejam portadoras. Já no Caderno de Atenção Básica de diabetes nº 16 mostra que no Brasil a prevalência de diabetes auto referidas na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6 %, entre 2006 e 2011. Portanto, são necessários trabalhos na atenção básica que ajudem no controle, seguimento e prevenção destas doenças.

Minha unidade básica está composta por dois consultórios (médico e do dentista), sala de reuniões, sala de vacinas, sala de curativos, farmácia básica e o posto de enfermagem. A equipe é composta por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma assistente para o dentista, um recepcionista, um dentista e um médico geral e sete ACS. Temos uma população de 2.480 habitantes, sendo todos cadastrados e atendidos na unidade. Há uma prevalência de 377 pessoas com hipertensão, que representa 68% dos usuários comparando com a estimativa do CAP, que apresentou 554 usuários com HAS. Assim como 93 com diabetes, representando 59% usuários em comparação com os dados do CAP, que seria 158 usuários na área de abrangência. Estes dados motivam-me também a trabalhar com os que ainda não tem as doenças, mas possuem os fatores de risco, assim como com os já doentes.

Temos como ações de promoção de saúde e avaliação clínica geral com os diabéticos e os hipertensos nos grupos e população em geral. Baseado nas dificuldades que temos para uma melhor qualidade da atenção e nos registros da

unidade, podemos citar o deslocamento da população para os centros de atendimentos, o que dificulta sua procura por atendimento médico, ficando restrita às situações extremas, tendo em conta que se trata de uma população do interior. A pirâmide populacional da minha área comporta-se da seguinte forma: menores de um ano 30 pessoas, entre um e cinco anos 60 pessoas, de seis a quatorze anos 368 pessoas, entre quinze e sessenta anos 1.624 pessoas, assim como 339 com mais de 60 anos. Como ações de saúde que estão sendo realizadas estão os grupos de hipertensos e diabéticos, o atendimento nas escolas pela equipe de odontologia, assim como as palestras educativas nos atendimentos médicos.

As ações de saúde, assim como a intervenção tem uma importância preventiva e geral tanto com os usuários com riscos quanto com os que ficam doentes, mas se temos em conta que desta forma se tem uma melhor saúde, e assim melhorar da cobertura de atendimento, e que tem toda a equipe de trabalho, para desta forma ter os resultados que se querem. O atendimento médico é feito a toda a população na área de abrangência, porém um trabalho específico com os que ainda não estão doentes não é feito, por isso daremos uma atenção especial às ações de promoção à saúde e atendimento clínico geral que garantem uma avaliação completa do usuário. Para desenvolver este tipo de ações programáticas se requer mais de toda a equipe, já que deste jeito se consegue aumentar a qualidade da atenção e ter uma maior cobertura no atendimento. Quanto as dificuldades, as principais que tenho até agora são o idioma, a insuficiência da medicação hipoglicemiante, assim como o deslocamento às localidades onde serão feitas as palestras. Já sobre as facilidades temos a possibilidade de executar as palestras que se requerem para que a população possa elevar seus conhecimentos, e estas podem ser feitas, nos mais diferentes cenários da área de abrangência. Aumentar os níveis de conhecimentos da população é algo que contribui para a diminuição da prevalência e incidências das doenças, seja nesta geração ou em gerações futuras.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhora da atenção á Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS Coxilha; Amaral Ferrador/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 01: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 03: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 04: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 05: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 06: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvida no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Coxilha, no Município de Amaral Ferrador/RS no entanto foi por demora no retorno das férias e por necessidades do curso foi desenvolvido em 12. Participação da intervenção 554 usuários com hipertensão e 158 com diabetes, usuários de mais de 18 anos e de ambos os sexos.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 01: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Dando seguimento aos usuários cadastrados no programa para seu seguimento com o sistema de consultas agendas, o que permite a continuidade do trabalho.

Organização e gestão do serviço

- Ação:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Para garantir o registro se trabalha com as informações dos ACS os que já têm os registros da população de nossa área de abrangência, o que vai ser completado os que se atendem na unidade nas consultas não agendadas e os trabalhos com os grupos de HAS e DM.

- Organizar o trabalho de um jeito que permita chegar a toda a população por igual, para ter os resultados planejados.

Agendar o atendimento e horário de trabalho para que pose estiver disponível aos 100% da população e desse jeito aumentar à possibilidade de atendimento a população de áreas mais longas do posto.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Na preparação da equipe de saúde do posto tem um apartado para aspetos importantes no momento do acolhimento.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

O material adequado já foi garantido para toda a equipe de trabalho e com um aparelho para qualquer caso se estrague algum dos que estão em uso.

Engajamento público

-Ação:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Os ACSs nas suas visitas vai informar a população no inicio da intervenção garantindo que no momento da realização das ações programáticas se transmite a população à existência de programas que estabelecem o jeito de fazer no atendimento. O que vai trazer mudanças no sistema de trabalho na unidade.

- Informar a comunidade sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Dentro das ações programadas no momento das consultas e ações de promoção de saúde se vai a desenvolver o tema.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

O rastreamento da diabetes e mais que conhecido dentro da medicina sua importância, porem explicar a população o tema e parte das ações a desenvolver com a população.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Através das palestras e consultas medicas se orienta a parecência dos fatores de risco mais frequentes na população, mais que precisam de cuidados a ter com sua saúde.

- Mostrar a população que ela tem a possibilidade de adquirir uma saúde melhor, onde eles têm uma participação importante.

As ações agendadas que estão planejadas nos centros comunitários da população e escolas tem planejado ser feitas com um linguagem ao nível da população assim fazendo mais fácil sua compreensão.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Na capacitação dos ACS planejada para a reunião de equipe da semana correspondente no cronograma aportaram as informações que se requerem para o desenvolvimento do projeto.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Na capacitação dos ACS inclui a técnica da medição da pressão arterial e glicemia capilar, com as novas técnicas para sua realização.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Dando seguimento aos usuários cadastrado no programa para seu seguimento com o sistema de consultas agendas, o que permite a continuidade do trabalho.

- Fazendo um teste de avaliação que permita medir a evolução dos usuários com o trabalho.

Será desenvolvido acordo aos objetivos do trabalho, assim como as metas traçadas; assim como se realizaram antes das ações de intervenção e uma vez feitas as mesmas.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Para garantir o registro se trabalha com o registro dos ACS, fazem como os que se atendem no posto nas consultas não agendadas e os trabalhos com os grupos de HAS e DM.

- Organizar o trabalho de um jeito que permitam chegar a toda a população por igual, para ter os resultados planejados.

Agendar o atendimento e horário de trabalho para que possa estar disponível aos 100% da população e desse jeito aumentar a possibilidade de atendimento a população de áreas mais longas do posto.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Na preparação da equipe de saúde do posto tem um apartado para aspectos importantes no momento do acolhimento.

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

O material adequado se tem uma quantidade para iniciar no trabalho, estando agendada a compra do resto dos que se requerem para a intervenção.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No momento da realização das ações programáticas se transmite a população a existência de programas que estabelecem o jeito de fazer no atendimento.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Dentro das ações programadas no momento das consultas e ações de promoção de saúde se vai a desenvolver o tema.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

O rastreamento da diabetes é mais que conhecido dentro da medicina sua importância, porém explicar a população o tema e parte das ações a desenvolver com a população.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Através das palestras e consultas medicas se orienta a parecência dos fatores de risco mais frequentes na população, mais que precisam de cuidados a ter com sua saúde.

- Mostrar a população que tem a possibilidade de ter uma saúde melhor, onde eles têm uma participação importante.

As ações agendadas que estão planejadas nos centros comunitários da população e escolas tem planejado ser feitas com um lenguaje ao nível da população assim fazendo mais fácil sua compreensão.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Na capacitação dos ACS planejada para a reunião de equipe da semana correspondente no cronograma aportará as informações que se requerem para o desenvolvimento do projeto.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

A capacitação será realizada para os integrantes da equipe, principalmente ASB, ACS e recepcionista. Na capacitação dos ACS planejada para a reunião de equipe da semana correspondente no cronograma aportaram as informações que se requerem para o desenvolvimento do projeto.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

No momento do atendimento medico, se faz um controle do estado dos exames complementário aos usuários, assim como se indicam os que se precisem.

Organização e gestão do sevicio

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Os membros da equipe vão ter uma responsabilidade de acordo a seu desempenho na UBS, ficando o seguimento da realização dos exames aos ACS, os que se faz no posto as enfermeiras, assim como sua indicação ao medico.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Nas reuniões da equipe se faz a capacitação dos perfeccionais dos protocolos do Brasil, assim como do resto das informações que se precisem.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Todos os meses nas reuniões onde se fecha e analisa a informação do mês se procedem às atualizações, assim como acordo ao cronograma se vai fazendo trabalho da equipe em essa direção.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

As versões atualizadas impressas não têm como garantir, mais as versões digitais ficam a disposição da equipe, no momento que algum membro o precise.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Nas ações programadas com a comunidade se faz alusão aos riscos de outras doenças que ficam como risco e ou consequências desta doença.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Nas reuniões da equipe se faz a capacitação dos profissionais dos protocolos do Brasil, assim como do resto das informações que se precisem, tanto no momento das visitas domiciliares como aspetos importantes de mais no momento do fazem uma avaliação do usuário quando se requiere.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

No momento do atendimento medico, se faz um controle do estado dos exames complementário aos usuários, assim como se indicam os que se precisem.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Os membros da equipe vão ter uma responsabilidade de acordo a seu desempenho na UBS, ficando o seguimento da realização dos exames aos ACS, os que se faz no posto as enfermeiras, assim como sua indicação ao medico.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Nas reuniões da equipe se faz a capacitação dos perfeccionais dos protocolos do Brasil, assim como do resto das informações que se precisem.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Todos os meses nas reuniões onde se fecha e analisa a informação do mês se procedem às atualizações, assim como acordo ao cronograma se vai fazendo trabalho da equipe em essa direção.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

As versões atualizadas impressas não têm como garantir, mais as versões digitais ficam a disposição da equipe, no momento que algum membro o precise.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Nas ações programadas com a comunidade se faz alusão aos riscos de outras doenças que ficam como risco e/ou consequências desta doença.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Nas reuniões da equipe se faz a capacitação dos perfeccionais dos protocolos do Brasil, assim como do resto das informações que se precisem, tanto no momento das visitas domiciliares como aspetos importantes de mais no momento do fazem uma avaliação do usuário quando se requiere.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

Faremos um controle em trabalho conjunto entre os ACS e no medico com os usuários com exames laboratoriais solicitados, os que já forem feitos, assim como os que ainda não forem quando se realizaram, assim como quando se procedera a efetuar os eles.

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Faremos um controle em trabalho conjunto entre os ACS e no medico com os usuários com exames laboratoriais solicitados, de acordo com a periodicidade recomendado.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Nos atendimento medico agendados e em busque da por faltoso se procede pelo medico a indicar os exames de acordo aos protocolos do Brasil.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Sé tramita com a secretaria de saúde do município a necessidade de fazer os exames aos usuários de acordo com os protocolos do Brasil, mais os resultados ficam fora de nossa possibilidade.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Estabelecer um sistema que prioriza os exames que tem uma maior importância para no usuário, assim como os que se precisam para a avaliação do risco e seguimento.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Nas ações programadas com as comunidades se proceda a explicar a necessidade dos exames complementares periódicos de acordo com os programas do Brasil, assim como a importância que tem sua realização.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Nas ações programadas com as comunidades se proceda a explicar a necessidade dos exames complementares periódicos de acordo com os programas do Brasil, assim como a importância que tem sua realização e com a periodicidade que se requiere para ter uma ideia do estado de controle da doença.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Uma vez ao mês se faz uma discussão com a equipe da UBS dos protocolos do Brasil, assim como o seguimento que se requiere com os exames laboratoriais que se preconizam neles.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Faremos um controle em trabalho conjunto entre os ACS e no médico com os usuários com exames laboratoriais solicitados, os que já forem feitos, assim como os que ainda não forem quando se realizaram, assim como quando se procedera a efetuar os eles.

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Faremos um controle em trabalho conjunto entre os ACS e no médico com os usuários com exames laboratoriais solicitados, de acordo com a periodicidade recomendado.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Nos atendimento médico agendados e em busca de faltoso se procede pelo médico a indicar os exames de acordo aos protocolos do Brasil.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Sé tramita com a secretaria de saúde do município a necessidade de fazer os exames aos usuários de acordo com os protocolos do Brasil, mais os resultados ficam fora de nossa possibilidade.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Estabelecemos um sistema que prioriza os exames que tem uma maior importância para no usuário, assim como os que se precisam para a avaliação do risco e seguimento.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Nas ações programadas com as comunidades se proceda a explicar a necessidade dos exames complementares periódicos de acordo com os programas do Brasil, assim como a importância que tem sua realização.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Nas ações programadas com as comunidades se proceda a explicar a necessidade dos exames complementares periódicos de acordo com os programas do Brasil, assim como a importância que tem sua realização e com a periodicidade que se requiere para ter uma ideia do estado de controle da doença.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Uma vez ao me se faz uma discussão com a equipe da UBS dos protocolos do Brasil, assim como o seguimento que se requiere com os exames laboratoriais que se preconizam neles.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Nas reuniões de grupo e no momento do atendimento medico fazemos chequem da utilização mais importante dos remédios à disposição nas farmácias popular assim como os que ficam a disposição no posto que se entregue a população.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Todos os meses fazemos um controle da validade dos medicamentos assim como no momento da entrega deles se revisa novamente e desse jeito se garanta a segurança para no usuário.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Os ACS têm dentro de suas informações a quantidade de medicamento que consume cada usuário, assim como quão consume, o que se discute e transmitimos todos os meses com a secretaria de saúde do município.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Ante um usuário que procura renovar o requeira iniciar o consumo de algum remédio nos preferimos os cadastrados nas farmácias populares que ficam de graça a disposição da população, o que se procede a explicar aos usuários nas consultas, nas visitas assim como no trabalho com os grupos.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Todos os meses na reunião de grupo onde discutimos os resultados do mês se procedem a dar palestras à equipe de trabalho com as atualizações que se precise.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Todos os meses na reunião de grupo onde discutimos os resultados do mês se procedem a dar palestras à equipe de trabalho com as atualizações que se precise.

Meta 2.6: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Os ACS nas visitas indagam ante um usuário que não tem assistido a consulta com o dentista, o que se discute nas reuniões de grupo com o dentista da equipe.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;

Sé tem programado um dia para o atendimento nos hipertensos, mais temos problemas com assistência deles no dia do atendimento. O que fica agendado pelos usuários e controlado pelo dentista e a enfermeira.

- organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A agenda de saúde bucal fica agendada pelo dentista, sua auxiliar junto aos ACS, o que fica feito todas as semanas, e fazemos a discussão nas reuniões da equipe.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Nas ações programadas nas comunidades se fazem alusão ao tema, assim como o dentista durante seu atendimento, igual que o dentista tem visitas as escolas onde faz trabalho com as crianças e discute o tema, sendo uma via para a divulgação da informação.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Todos os meses na reunião de grupo onde discutimos os resultados do mês se procedem a dar palestras à equipe de trabalho com as atualizações que se precise.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Os ACS nas visitas indagam ante um usuário que não tem assistido a consulta com o dentista, o que se discute nas reuniões de grupo com o dentista da equipe.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos;

Sé tem programado um dia para o atendimento nos diabéticos, mais temos problemas com assistência deles no dia do atendimento. O que fica agendado pelos usuários e controlado pelo dentista e a enfermeira.

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A agenda de saúde bucal fica agendada pelo dentista, sua auxiliar junto aos ACS, o que fica feito todas as semanas, e fazemos a discussão nas reuniões da equipe.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Nas ações programadas nas comunidades se fazem alusão ao tema, assim como o dentista durante seu atendimento, igual que o dentista tem visitas as escolas onde faz trabalho com as crianças e discute o tema, sendo uma via para a divulgação da informação.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Todos os meses na reunião de grupo onde discutimos os resultados do mês se procedem a dar palestras à equipe de trabalho com as atualizações que se precise.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Nas reuniões da equipe se controla a semana terminada assim como se agenda a semana que continua desse jeito se do seguimento aos usuários que não tem as consultas em dia.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Nas reuniões da equipe se controla a semana terminada assim como se agenda a semana que continua, assim como se agendas as visitas domiciliares que se requerem na próxima semana e se não foi feita alguma e por que.

- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Nas reuniões da equipe se controla a semana terminada assim como se agenda a semana que continua desse jeito se escolhem os usuários a visitar acordes as necessidades do trabalho.

Engajamento público

-Ação:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

No momento das consultas e ações do atendimento na UBS se trabalha com a comunidade a importância das consultas com cartas e deferentes médios gráficos.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

As ações programadas e feitas até agora têm um momento de retorno de informações, o que nos permite uma retroalimentação da intervenção e do trabalho na UBS.

- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Nas ações que se desenvolvem na UBS assim como os ACS em suas visitas trabalham e controlam o seguimento dos usuários nas consultas conforme o programa.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Será realizado na própria UBS, nas reuniões da equipe de cada semana, controlando as feitas e as que ainda têm que ser efetuadas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Nas reuniões da equipe se controla a semana terminada assim como se agenda a semana que continua desse jeito se do seguimento aos usuários que não têm as consultas em dia.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Nas reuniões da equipe se controla a semana terminada assim como se agenda a semana que continua, assim como se agenda as visitas domiciliares que se requerem na próxima semana e se não foi feita alguma e por que.

- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Nas reuniões da equipe se controla a semana terminada assim como se agenda a semana que continua desse jeito se do seguimento aos usuários que não tem as consultas em dia para a busca da domiciliaria pelos ACS.

Engajamento público

-Ação:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

No momento das consultas e ações do atendimento na UBS se trabalha com a comunidade a importância das consultas com cartas e diferentes meios gráficos.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

As ações programadas e feitas até agora tem um momento de retorno de informações, o que nos permite uma retroalimentação da intervenção e do trabalho na UBS.

- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Nas ações que se desenvolvem na UBS assim como os ACS em suas visitas trabalham e controlam o seguimento dos usuários nas consultas de acordo com o programa.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Será realizado na própria UBS, utilizando tabela de triagem, notificando as prioridades, onde se transmitem as informações que se precisem no momento e nos momentos posteriores.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Nas reuniões da equipe assim como no momento em que os ACS entregam sua produção se controlara a mesma para desse jeito ter certeza a qualidade dos registros.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.

Uns vêm recolhida as informações se procedem pelo médico a sua digitação e atualização dos registros da intervenção.

- Implantar a ficha de acompanhamento.

As fichas para a coleta de dados inexistentes nas fichas da UBS já forem implantadas e ficam para sua impressão pela secretaria de saúde do município. O que está sendo feita para sua utilização pela equipe de trabalho, no momento de iniciada a intervenção.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Nas reuniões da equipe se estabelece a via e informação a recolher assim como a data de entrega correspondente.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Os responsáveis pelas tarefas são toda a equipe, assim como por sua revisão, correção e atualização no sistema de trabalho na intervenção fica pelo médico.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Ante um usuário que tenha alguma situação especial ao final do mês se faz um análise dos resultados que se tem desse jeito se conseguiu avaliar os problemas que se tem e traçar uma possível solução ou seguimento.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Nas visitas domiciliares pela equipe completa é onde se transmite a população a maior quantidade de informação, que fica baixo a responsabilidade dos ACS e supervisionada pela enfermeira e no médico.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso

As reuniões da equipe têm a função de garantir toda a informação que se requeira no posto, de documentação, atualização das informações e situações que se requeiram.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

As reuniões da equipe têm a função de garantir toda a informação que se requeira no posto, de documentação, atualização das informações e situações que se requeiram.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Nas reuniões da equipe assim como no momento em que os ACS entregam sua produção se controlará a mesma para desse jeito ter certeza a qualidade dos registros.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Uma vez recolhidas as informações se procedem pelo médico a sua digitação e atualização dos registros da intervenção.

- Implantar ficha de acompanhamento.

As fichas para a coleta de dados inexistentes nas fichas da UBS já forem implantadas e ficam para sua impressão pela secretaria de saúde do município. O que está sendo feito para sua utilização pela equipe de trabalho, no momento de iniciada a intervenção.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Nas reuniões da equipe se estabelece a via e informação a recolher assim como a data de entrega correspondente.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Os responsáveis pelas tarefas são toda a equipe, assim como por sua revisão, correção e atualização no sistema de trabalho na intervenção fica pelo medico.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Ante um usuário que tenha alguma situação especial ao final do mês se faz um analises dos resultados que se tem desse jeito se consegui avaliar os problemas que se tem e traçar uma possível solução ou seguimento.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Nas visitas domiciliares pela equipe completa és onde se transmite a população à maior quantidade de informação, que fica baixo a responsabilidade dos ACS e supervisionada pala enfermeira e no medico.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

As reuniões da equipe têm a função de garantir toda a informação que se requeira no posto, de documentação, atualização das informações e situações que se requeiram.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

As reuniões da equipe têm a função de garantir toda a informação que se requeira no posto, de documentação, atualização das informações e situações que se requeiram.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Nas consultas dos usuários se revisa a ficha dos usuários para ter certeza que tem a estratificação de risco, assim como os que não a tenha se faz, ou agenda outra aonde possa ser feito.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

No momento onde se proceda no agendamento das consultas e seguimento, se da mais importância aos de mais alto risco, assim como o seguimento a eles fica mais perto.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

A agenda fica feita nas reuniões da equipe toda quinta-feira de tarde, com a revisão dos aspectos mais importantes na semana terminada e a que segue.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Nas atividades agendadas com a comunidade se nos centros comunitários e na UBS se transmitem as informações que a população precisa conhecer para ter uma maior educação em saúde.

- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Nas atividades agendadas com a comunidade se nos centros comunitários e na UBS se transmitem as informações que a população precisa conhecer para ter uma maior educação em saúde.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Transmitir ao resto da equipe toda a informação que requerem, assim como todos os dados que tem que ter para seu desempenho com comunidade.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Transmitir ao resto da equipe toda a informação que requerem, assim como todos os dados que tem que ter para seu desempenho com comunidade.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Transmitir ao resto da equipe toda a informação que requerem, assim como todos os dados que tem que ter para seu desempenho com comunidade.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar o número de usuários a diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Nas consultas dos usuários se revisa a ficha dos usuários para ter certeza que tem a estratificação de risco, assim como os que não a tenha se faz, ou agenda outra aonde possa ser feito.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

No momento onde se proceda no agendamento das consultas e seguimento, se da mais importância aos de mais alto risco, assim como o seguimento a eles fica mais perto.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

A agenda fica feita nas reuniões da equipe toda quinta feira de tarde, com a revisão dos aspectos mais importante na semana terminada e a que segui.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Nas atividades agendadas com a comunidade se nos centros comunitários e na UBS se transmitem as informações que a população precisa conhecer para ter uma maior educação em saúde.

- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Nas atividades agendadas com a comunidade se nos centros comunitários e na UBS se transmitem as informações que a população precisa conhecer para ter uma maior educação em saúde.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Transmitir ao resto da equipe toda a informação que requerem, assim como todos os dados que tem que ter para seu desempenho com comunidade.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Transmitir ao resto da equipe toda a informação que requerem, assim como todos os dados que tem que ter para seu desempenho com comunidade.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Transmitir ao resto da equipe toda a informação que requerem, assim como todos os dados que tem que ter para seu desempenho com comunidade.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Nós temos planejado fazer uma serie de ações de intervenção com imagens e cartas onde se discutem os temas mais importantes que a população tem que conhecer, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACSe no medico da equipe.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Dentro das imagens a postar temos a pirâmide de alimentação e outras que ilustrem uma alimentação saudável.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Não temos parcerias institucionais na região de que possa ajudar, mais este planejado com as cartas ilustrar todo o que seja possível para garantir a compreensão da população.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Nós temos planejado dentro das ações de intervenção com imagens e ou cartas onde se discuta o tema, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no médico da equipe.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Nas capacitações feitas com a equipe toda quinta feira, se procede à discussão, catalisação e debate que se precise, com uma capacitação o mais ampla possível, onde toda a equipe tem uma participação, o que ajuda no debate que fique com mais profundidade.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Nas capacitações feitas com a equipe toda quinta feira, se procede à discussão, catalisação e debate que se precise, com uma capacitação o mais ampla possível, onde toda a equipe tem uma participação, o que ajuda no debate que fique com mais profundidade.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Nós temos planejado fazer uma serie de ações de intervenção com imagens e cartas onde se discutem os temas mais importantes que a população tem que conhecer, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Nós temos planejado dentro das ações de intervenção com imagens e ou cartas onde se discuta os temas, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Nós temos planejado dentro das ações de intervenção com imagens e ou cartas onde se discuta os temas, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Nós temos planejado dentro das ações de intervenção com imagens e ou cartas onde se discuta os temas, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Nas capacitações feitas com a equipe toda quinta feira, se procede à discussão, catalisação e debate que se precise, com uma capacitação o mais amplia possível, onde toda a equipe tem uma participação, o que ajuda no debate que fique com mais profundidade.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Nas capacitações feitas com a equipe toda quinta feira, se procede à discussão, catalisação e debate que se precise, com uma capacitação o mais amplia

possível, onde toda a equipe tem uma participação, o que ajuda no debate que fique com mais profundidade.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Nós temos planejado fazer uma serie de ações de intervenção com imagens e cartas onde se discutem os temas mais importantes que a população tem que conhecer, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Nós temos planejado dentro das ações de intervenção com imagens e ou cartas onde se discuta os temas, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Nós temos planejado dentro das ações de intervenção com imagens e ou cartas onde se discuta os temas, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Nós temos planejado dentro das ações de intervenção com imagens e ou cartas onde se discuta os temas, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Nas capacitações feitas com a equipe toda quinta feira, se procede à discussão, catalisação e debate que se precise, com uma capacitação o mais ampla possível, onde toda a equipe tem uma participação, o que ajuda no debate que fique com mais profundidade.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Nas capacitações feitas com a equipe toda quinta feira, se procede à discussão, catalisação e debate que se precise, com uma capacitação o mais ampla possível, onde toda a equipe tem uma participação, o que ajuda no debate que fique com mais profundidade.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Nós temos planejado fazer uma serie de ações de intervenção com imagens e cartas onde se discutem os temas mais importantes que a população tem que conhecer, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Nós temos planejado dentro das ações de intervenção com imagens e ou cartas onde se discuta os temas, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Nós temos planejado dentro das ações de intervenção com imagens e ou cartas onde se discuta os temas, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Nós temos planejado dentro das ações de intervenção com imagens e ou cartas onde se discuta os temas, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Nas capacitações feitas com a equipe toda quinta feira, se procede à discussão, catalisação e debate que se precise, com uma capacitação o mais ampla possível, onde toda a equipe tem uma participação, o que ajuda no debate que fique com mais profundidade.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Nas capacitações feitas com a equipe toda quinta feira, se procede à discussão, catalisação e debate que se precise, com uma capacitação o mais ampla possível, onde toda a equipe tem uma participação, o que ajuda no debate que fique com mais profundidade.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Nós temos planejado fazer uma serie de ações de intervenção com imagens e cartas onde se discutem os temas mais importantes que a população tem que conhecer, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Trabalhamos com a secretaria de saúde do município e os gestores de compra, para que garante um estoque de remédios que ajudem na luta contra o tabaquismo.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Nós temos planejado dentro das ações de intervenção com imagens e ou cartas onde se discuta os temas, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuário tabagista.

Nas capacitações feitas com a equipe toda quinta feira, se procede à discussão, catalisação e debate que se precise, com uma capacitação o mais amplia possível, onde toda a equipe tem uma participação, o que ajuda no debate que fique com mais profundidade.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Nas capacitações feitas com a equipe toda quinta feira, se procede à discussão, catalisação e debate que se precise, com uma capacitação o mais amplia possível, onde toda a equipe tem uma participação, o que ajuda no debate que fique com mais profundidade.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Nós temos planejado fazer uma serie de ações de intervenção com imagens e cartas onde se discutem os temas mais importantes que a população tem que conhecer, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Trabalhamos com a secretaria de saúde do município e os gestores de compra, para que garante um estoque de remédios que ajudem na luta contra o tabaquismo.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Nós temos planejado dentro das ações de intervenção com imagens e ou cartas onde se discuta os temas, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Nas capacitações feitas com a equipe toda quinta feira, se procede à discussão, catalisação e debate que se precise, com uma capacitação o mais amplia possível, onde toda a equipe tem uma participação, o que ajuda no debate que fique com mais profundidade.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Nas capacitações feitas com a equipe toda quinta feira, se procede à discussão, catalisação e debate que se precise, com uma capacitação o mais amplia possível, onde toda a equipe tem uma participação, o que ajuda no debate que fique com mais profundidade.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Nós temos planejado fazer uma serie de ações de intervenção com imagens e cartas onde se discutem os temas mais importantes que a população tem que

conhecer, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACSe no medico da equipe.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Eu não poso organizar a agenda do dentista, só temos garantido um dia para os usuários hipertensos e diabéticos, onde os dentistas fazem tratamento individual.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Nós temos planejado dentro das ações de intervenção com imagens e ou cartas onde se discuta os temas, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Nas capacitações feitas com a equipe toda quinta feira, se procede à discussão, catalisação e debate que se precise, com uma capacitação o mais ampla possível, onde toda a equipe tem uma participação, o que ajuda no debate que fique com mais profundidade.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

-Ação:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Nós temos planejado fazer uma serie de ações de intervenção com imagens e cartas onde se discutem os temas mais importantes que a população tem que conhecer, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Organização e gestão do serviço

-Ação:

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Eu não poso organizar a agenda do dentista, só temos garantido um dia para os usuários hipertensos e diabéticos, onde a técnica e no dentista fazem tratamento individual.

Engajamento público

-Ação:

- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Nós temos planejado dentro das ações de intervenção com imagens e ou cartas onde se discuta os temas, ficando este tema dentro deles, o que seria feito pelos ACS e no medico da equipe.

Qualificação da prática clínica

-Ação:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Nas capacitações feitas com a equipe toda quinta feira, se procede à discussão, catalisação e debate que se precise, com uma capacitação o mais ampla possível, onde toda a equipe tem uma participação, o que ajuda no debate que fique com mais profundidade.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar minha intervenção no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, utilizarei o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde (MS), Hipertensão Arterial Sistêmica no 37, 2013 e Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde (MS), Diabetes Mellitus no 16, 2006. Trabalharei com a população baseada nas fichas individuais dos usuários, que ficam na unidade. As fichas não recolhem todas as informações necessárias com que pretendemos trabalhar. Dentre as informações que não constam nas fichas inclui-se: antecedentes patológicos familiares e alguns pessoais, exames laboratoriais, avaliação pelo dentista, risco cardiovascular dos usuários, conhecimento da população sobre uma vida saudável, hábitos tóxicos. Assim, para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção. As fichas devem ser preenchidas pelo médico e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve imprimi-las, em quantidade suficiente para o trabalho já que temos um estimado alcançar com a intervenção 554 usuários hipertensos e 158 diabéticos. Utilizaremos a ficha de coleta de dados aportada pelo curso para recolher as informações necessárias.

A coleta de dados vai ser pelo médico e os sete ACS, assim como a aferição da pressão e da glicemia capilar. Para a organização dos registros a enfermeira e as técnicas de enfermagem vão revisar as fichas dos usuários pesquisados, desta forma vai-se completar e avaliar o seguimento em conjunto com os ACSs. Assim, é possível ter todas as informações completas. Deste jeito uma vez feito a intervenção pode-se ter os resultados avaliados como satisfatórios ou não.

Como ações a fazer têm: as palestras com o médico e os agentes comunitários como responsáveis, aonde se vão tratar informações de orientação de saúde, a aferição da pressão arterial e glicemia capilar será medida pelas duas técnicas de enfermagem e a enfermeira; no momento do atendimento clínico nos dias agendados, precisando uma fita por cada diabético estimado a atender; a avaliação clínica geral executada pelo médico. Todo o trabalho seria feito nos centros comunitários de saúde, nas diferentes comunidades e na unidade de saúde da minha população. Como recursos materiais precisarão das fichas para as pesquisas, assim como as fitas e o aparelho para a medição da glicemia capilar aos diabéticos de acordo com seu estimado. Tenho que destacar que as palestras feitas pelos agentes comunitários terão uma preparação prévia para eles realizada pelo

médico da equipe de saúde, o que vai ser feito na mesma Unidade Básica de Saúde (UBS).

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção foi desenvolvida, talvez não como gostaríamos que fosse, mais mas foi feito empregando o maior esforço possível. Um aspecto que foi o melhor da intervenção e que fez a diferença no desenvolvimento da mesma foi à vontade da equipe no momento da capacitação e do trabalho. Às vezes, apenas com minhas orientações, os membros da equipe assumiam as ações, e por tal motivo dou o maior crédito a eles.

A ação junto à comunidade foi um dos aspectos mais importantes, pois conseguimos agendar palestras e ações de avaliação clínica aos usuários, com boa adesão dos mesmos. De modo geral, as ações que na minha intervenção foram planejadas foram desenvolvidas e cumpridas de forma parcial, já que só a avaliação pelo dentista e da equipe odontológica obteve resultados baixos, mas igual se conseguiu fazer algo. Em relação às dificuldades que tivemos, foram com o transporte, já que é difícil o deslocamento de alguns locais. Também os feriados no município e no país, tiraram dias de atendimento na unidade. A falta de realização dos exames complementares dos usuários, tornando difícil muitas vezes à avaliação clínica dos destes usuários, assim como o horário do serviço do dentista, que não era adequado às necessidades dos usuários. De forma geral a intervenção foi desenvolvida parcialmente já que os esforços que se fizeram ajudaram há resolver um pouco os problemas presentes na comunidade. Contudo a população se beneficia com as ações da intervenção e de um atendimento clínico de qualidade e proveitoso.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nossa equipe não teve ações previstas sem serem realizadas, já que todas foram desenvolvidas parcialmente, sendo o indicador referente à avaliação de saúde bucal o que ficou com resultados mais baixos, assim como as orientações de saúde bucal, que ficaram sob responsabilidade da equipe de saúde bucal, e no entanto não estavam evoluindo conforme as metas planejadas. Assim, nossa equipe assumiu a tarefa, e garantiram-se resultados parciais melhores. Isto foi possível pela vontade da equipe de fazer o trabalho com qualidade, ficando uma vez mais como a maior força no trabalho e vontade da equipe. Afetando a avaliação pelo dentista por ter problemas na equipe de trabalho com recursos, materiais e férias do dentista, assim como seu horário de trabalho não completa 40 horas na semana.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início da Intervenção a equipe demorou para familiarizar-se na sistematização de dados relativos à mesma. Tivemos que treinar muito para o registro dos dados na planilha, cálculo de indicadores e fechamento da mesma. Também foi preciso um tempo de adaptação para o preenchimento da planilha e ficha espelho durante a consulta médica, pois o tempo de consulta se prolongou.

No decorrer das semanas, houveram algumas dúvidas sobre a inclusão e retirada de usuários da planilha, as quais foram sanadas com ajuda da orientadora.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção foi incorporada na rotina do serviço. As ações são muito simples de incorporar a nossa rotina de trabalho, já que usuários com hipertensão e diabetes são atendidos todos os dias na unidade. As ações incorporadas na rotina da unidade para tornar mais simples o atendimento aos usuários foram: a solicitação de exames laboratoriais, a capacitação da equipe semanalmente, sempre com um tema novo e a rotina de visitas domiciliares pelos ACS às famílias. As reuniões de equipe

ainda não é uma rotina na unidade, mas é um aspecto que foi melhorado, sendo algo muito bem-vindo!

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS da Coxilha, do município Amaral Ferrador/RS. Nossa área de abrangência conta com 554 usuários com hipertensão e 158 com diabetes, segundo estimativas do CAP. Durante a intervenção o desenvolvimento foi favorável, ganhamos no número de participantes e resultados satisfatórios, em minha opinião com boa aceitação da população.

A intervenção foi desenvolvida só com a população de nossa área de abrangência. Os resultados no final da intervenção foram bons para minha população, o que foi conseguido com toda a equipe trabalhando, sendo um dos melhores pontos que ocorreu na intervenção, assim como as maiores dificuldades que se apresentaram foram com os dias que não fizemos atendimentos por ser feriado ou com problemas no deslocamento da equipe.

As ações foram realizadas parcialmente, já que às vezes foi difícil conseguir o cumprimento total.

Objetivo 01: Ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde.

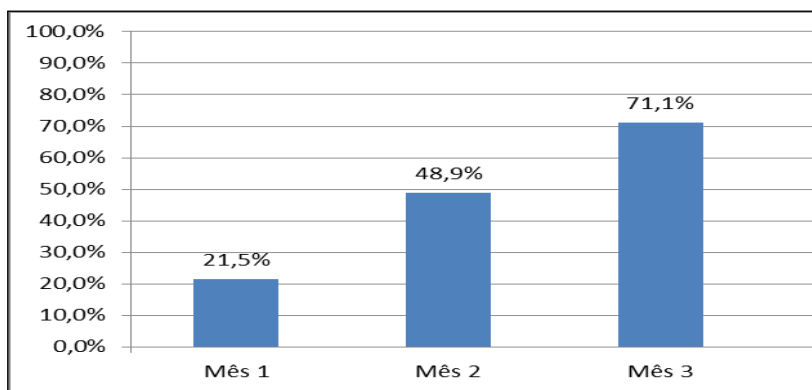


Figura 01: Cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos na UBS Coxilha; Amaral Ferrador/RS.

Na minha área abrangência há um número cadastrado de 554 usuários com hipertensão. Ao longo da intervenção foram avaliados 394 (71,1%) dos usuários com hipertensão. No primeiro mês foram atendidos 119 usuários (21,5%), no segundo mês foram 271, o que representa 48,9 %, e no terceiro mês foram 394, o que corresponde a 71,1%, conforme pode ser visto na Figura 01. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e de 377, sendo atendido um numero acima do estimado.

Ao longo da intervenção as ações neste objetivo que mais ajudaram no desenvolvimento foram à melhoria no acolhimento dos usuários, em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde, assim como orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão, já que minha população tem necessidade de conhecimento, e de escuta, fundamentalmente. Outro aspecto que foi importante para o desenvolvimento da intervenção foi capacitar os ACS para o cadastramento dos hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde, ficando como o aspecto principal que ajudou nos resultados da intervenção. Uma dificuldade foi que no início tínhamos planejado um trabalho para 04 meses e foi reduzido para 03 meses, o que não permitiu atender 100% de nossa população. De forma geral este indicador evoluiu bem, o que garantiu uma maior cobertura na populaça.

Meta: 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde.

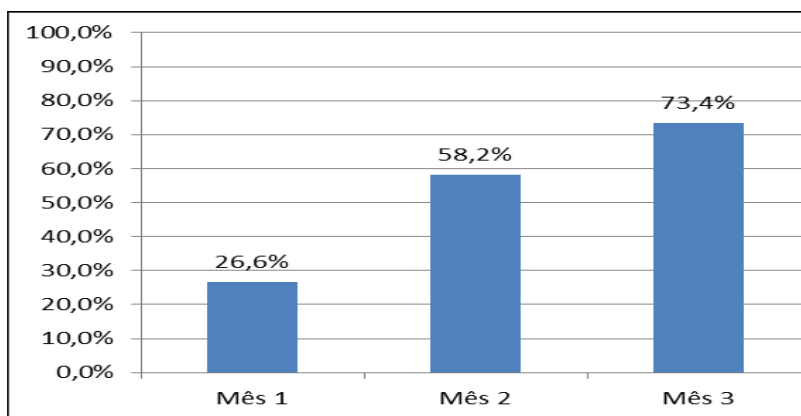


Figura 02: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Coxilha; Amaral Ferrador/RS.

Na minha área de abrangência há um número estimado de 158 usuários com diabetes, ao longo da intervenção foram avaliados 116 (73,4%) destes usuários. No primeiro mês foram 42 usuários (26,6%), no segundo mês foram 92 (58,2%) e no terceiro mês 116, representado 73,4%, conforme pode ser visto na Figura 02. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e de 93, sendo atendido um numero acima do estimado.

Ao longo da intervenção as ações neste objetivo que mais ajudaram no desenvolvimento foram à melhoria no acolhimento dos usuários, orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM, informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde, assim como orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes. Outro aspecto que foi importante para o desenvolvimento da intervenção foi capacitar os ACS para o cadastramento dos hipertensos de toda área de abrangência da Unidade de Saúde, ficando como aspecto principal que ajudou nos resultados da intervenção. Uma dificuldade foi que no início tínhamos planejado um trabalho para 04 meses e foi reduzido para 03 meses, o que não permitiu atender 100% de nossa população.

Objetivo 02. Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

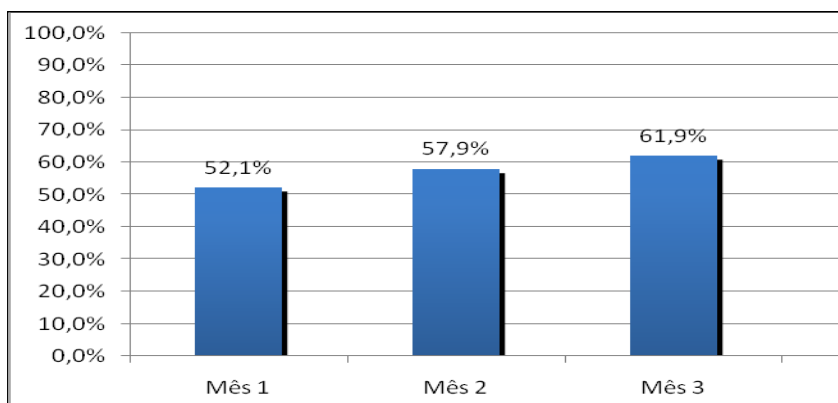


Figura 03: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Coxilha; Amaral Ferrador/RS.

Com respeito à proporção de hipertensos com exames clínico em dia houve um comportamento crescente mensalmente, garantindo no final da intervenção resultados satisfatórios. No início da intervenção poucos usuários contavam com o exame clínico, porém no final da intervenção todos tinham o exame clínico em dia de acordo ao protocolo, sendo que no primeiro mês atendemos 62 usuários (52,1%), no segundo mês os resultados foram de 157 usuários (57,9%), a participação no terceiro mês foi de 244, representando 61,9% dos hipertensos avaliados, conforme pode ser visto na Figura 03. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa do número de hipertensos com o exame clínico em dia e de 195, sendo atendido um numero acima do estimado.

De forma geral este indicador evoluiu bem, o que garantiu uma maior cobertura na população. As ações que ajudaram no desenvolvimento deste ponto foram à melhoria no acolhimento dos usuários, definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos, organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão. A dificuldade foi que no início tínhamos planejado um trabalho para 04 meses e foi reduzido para 03 meses, o que não permitiu atender 100% de nossa população, e também vezes não foi possível minha presença em algumas ações da intervenção.

Este indicador obteve melhoras progressivas, semanalmente, sendo um indicador muito bem desenvolvido. A equipe conseguiu garantir a avaliação completa, mas o trabalho em equipe garantiu o desenvolvimento da tarefa.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

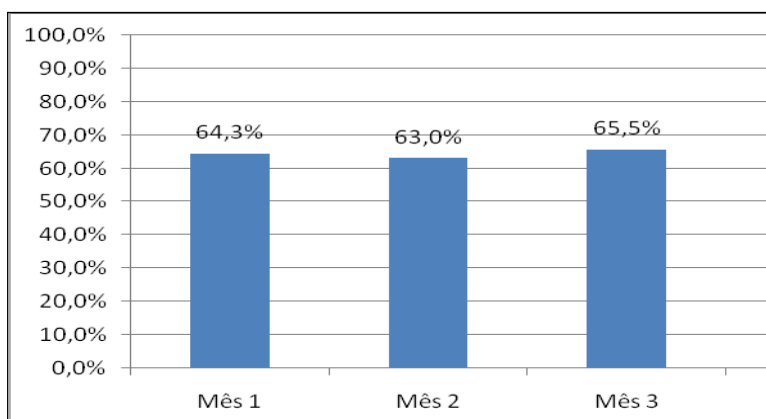


Figura 04: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

Com respeito à proporção de diabéticos com exames clínico em dia houve um comportamento crescente, mensalmente, garantindo no final da intervenção resultados satisfatório. No início da intervenção poucos usuários contavam com o exame clínico, porém no final da intervenção todos tinham o exame clínico em dia de acordo ao protocolo, sendo que no primeiro mês atendemos 27 usuários diabéticos (64,3%), no segundo mês os resultados foram de 58 (63,0%), a participação no terceiro mês foi de 76 (65,5%) avaliados, conforme pode ser visto na Figura 04. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa do número de diabéticos com o exame clínico em dia e de 46, sendo atendido um número acima do estimado.

As ações que ajudarem no desenvolvimento deste indicador foram à melhoria no acolhimento dos usuários, definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos, organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos da doença e complicações neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés saudáveis, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e estabelecer periodicidade para atualização

dos profissionais. Uma dificuldade foi que no início tínhamos planejado um trabalho para 04 meses e foi reduzido para 03 meses, o que não permitiu atender 100% de nossa população, e também vezes não foi possível minha presença em algumas ações da intervenção.

Este indicador obteve melhoras progressivas, semanalmente, sendo um indicador muito bem desenvolvido. A equipe conseguiu garantir a avaliação completa, mas o trabalho em equipe garantiu o desenvolvimento da tarefa.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

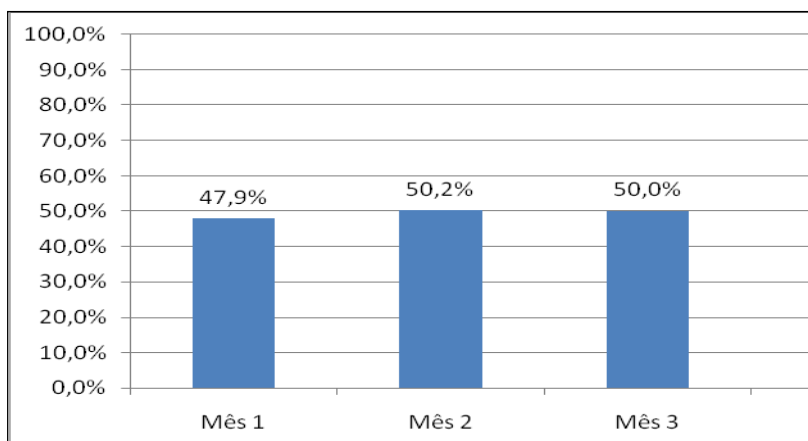


Figura 05: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Coxilha; Amaral Ferrador/RS.

Em relação aos exames complementares dos usuários com hipertensão, este indicador foi muito bem desenvolvido, sendo o resultado no primeiro mês com 57 usuários hipertensos (47,9%), no segundo mês com 136 hipertensos (50,2%), terminando no terceiro mês com 197 hipertensos (50,0%), conforme pode ser visto na Figura 05. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa do número de hipertensos com os exames complementares em dia e de 105, sendo atendido um numero acima do estimado.

Das ações que ajudaram nos resultados tivemos: a melhoria no acolhimento dos usuários, garantir a solicitação dos exames complementares, orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares, capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na Unidade de Saúde para solicitação de exames

complementares e estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados. Uma dificuldade foi que no início tínhamos planejado um trabalho para 04 meses e foi reduzido para 03 meses, o que não permitiu atender 100% de nossa população. Além disso, os usuários não tinham o costume de fazer exames como estabelece o protocolo e o município não tem cobertura no laboratório para toda a população.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

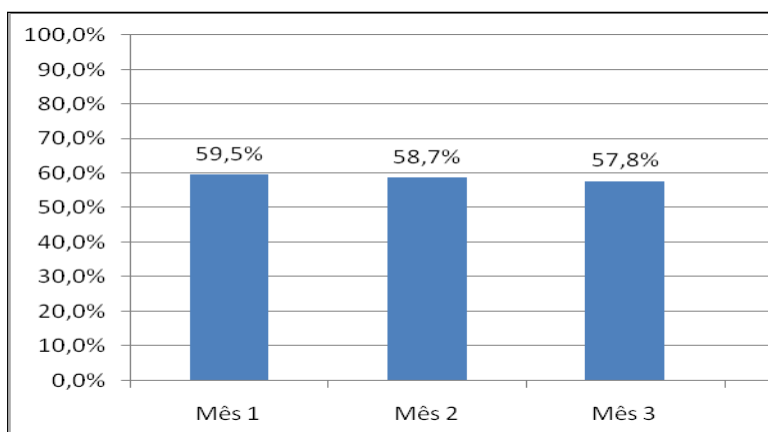


Figura 06: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

Em relação aos exames complementares dos usuários com diabetes este indicador foi muito bem desenvolvido, sendo o resultado no primeiro mês de 25 usuários diabéticos (59,5%), no segundo mês 54, representando 58,7%, terminando no terceiro mês com 67 (57,8%), conforme pode ser visto na Figura 6. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa do número de diabéticos com os exames complementares em dia e de 39, sendo atendido um numero acima do estimado.

Das ações que ajudaram nos resultados tivemos: a melhoria no acolhimento dos usuários, garantir a solicitação dos exames complementares, orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados. Uma

difficuldade foi que no início tínhamos planejado um trabalho para 04 meses e foi reduzido para 03 meses, o que não permitiu atender 100% de nossa população. Além disso, os usuários não tinham o costume de fazer exames como estabelece o protocolo e o município não tem cobertura no laboratório para toda a população.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

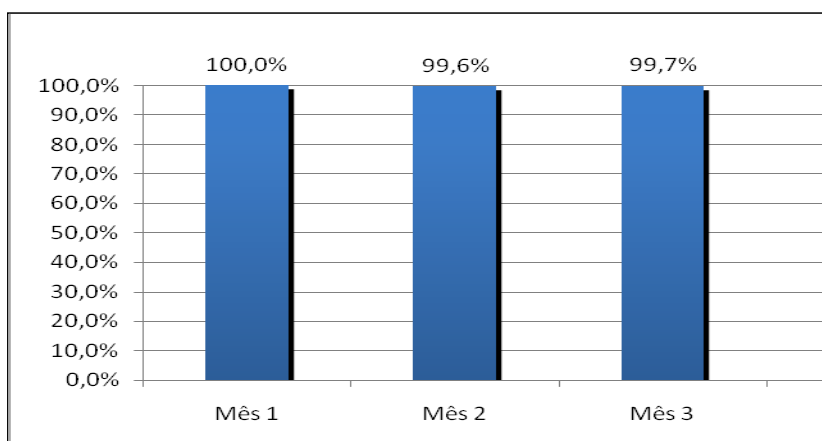


Figura 07: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Coxilha; Amaral Ferrador/RS.

Na minha população durante a intervenção foi atendido um importante número de usuários com hipertensão com tratamento garantido nas Farmácias Populares ou em nossa unidade. No primeiro mês foram 119 usuários hipertensos (100%), no segundo mês os hipertensos foram representados por 268 (99,6%), fechando no terceiro mês com 390 hipertensos (99,7%). A Figura 07 mostra o acesso dos usuários de minha área de abrangência aos medicamentos.

Dentre as ações que ajudaram nos resultados podemos citar: a melhoria no acolhimento dos usuários, realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde; orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso; capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Conseguimos garantir a medicação que os usuários necessitavam para o controle de suas doenças. A meta foi uma das melhores desenvolvidas e ao longo da intervenção as diferenças nos resultados finais não foram tão significativas.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Na minha população durante a intervenção foi atendido um importante número de usuários com diabetes com tratamento garantido nas Farmácias Populares ou em nossa unidade. No primeiro mês foram 42 usuários diabéticos (100%), no segundo mês foram 92 diabéticos (100 %), fechando no terceiro mês com 116 diabéticos (100%)

De forma geral este indicador evoluiu bem, o que garantiu uma maior cobertura na população. Dentre as ações que ajudaram nos resultados podemos citar: a melhoria no acolhimento dos usuários, realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde; orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso; capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Conseguimos garantir a medicação que os usuários necessitavam para o controle de suas doenças.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

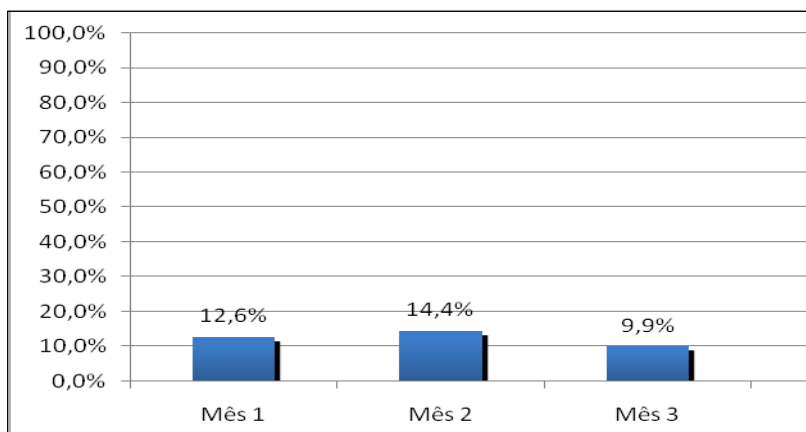


Figura 08: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

O atendimento realizado pelo dentista foi o resultado mais baixo que houve na intervenção, onde no primeiro mês tivemos 15 usuários hipertensos (12,6%), no segundo mês os hipertensos foram 39 (14,4%), sendo que no terceiro mês da intervenção apenas 39 (9,9%) dos usuários com hipertensão tiveram algum tipo de atendimento pelo dentista da minha equipe. Esta meta foi a que tivemos os maiores problemas nos resultados, mas ainda assim trabalhamos para melhorá-la e conseguir incorporá-la na rotina da unidade, conforme pode ser visto na Figura 08. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa do número de hipertensos com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em dia e de 15, sendo atendido um numero acima do estimado.

Das ações garantidas com o dentista tivemos: monitorar os hipertensos que necessitavam de atendimento odontológico, orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos, capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Como eu disse acima, este indicador teve um comportamento muito ruim, sendo os resultados os mais baixos analisados até o momento. Isso se justifica pela insuficiência na carga horária do dentista para atendimento aos usuários, bem como a ausência de alguns materiais.

De forma geral concluímos essa ação com melhoras, não como tínhamos planejado que seria a meta de 50%, mas é certo que conseguimos fazer algo pela comunidade.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

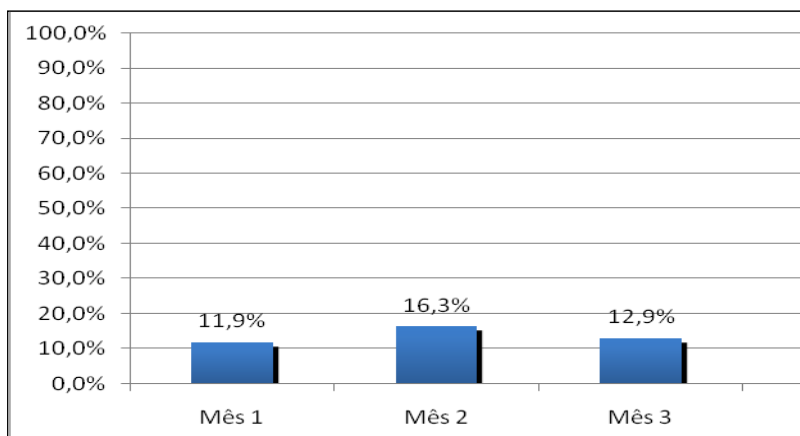


Figura 09: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

O atendimento realizado pelo dentista foi o resultado mais baixo que houve na intervenção, onde no primeiro mês tivemos 05 usuários diabéticos (11,9%), no segundo mês foram 15 diabéticos (16,3%), sendo no terceiro mês da intervenção 15 (12,6%) dos usuários. Esta meta foi uma das que tivemos os maiores problemas nos resultados, mas ainda assim trabalhamos para melhorá-la e conseguir incorporá-la na rotina da unidade, conforme pode ser visto na Figura 09. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa do número de diabéticos com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em dia e de 7, sendo atendido um numero acima do estimado.

Das ações que foram garantidas com o dentista temos: monitorar os usuários diabéticos que necessitavam de atendimento odontológico, orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos, capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Como eu disse acima, este indicador teve um comportamento muito ruim, sendo os resultados um dos mais baixos analisados até o momento. Isso se justifica pela insuficiência na carga horária do dentista para atendimento aos usuários, bem como a ausência de alguns materiais.

De forma geral concluímos essa ação com melhoras, não como tínhamos planejado que seria a meta de 50%, mas é certo que conseguimos fazer algo pela comunidade.

Objetivo 03: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

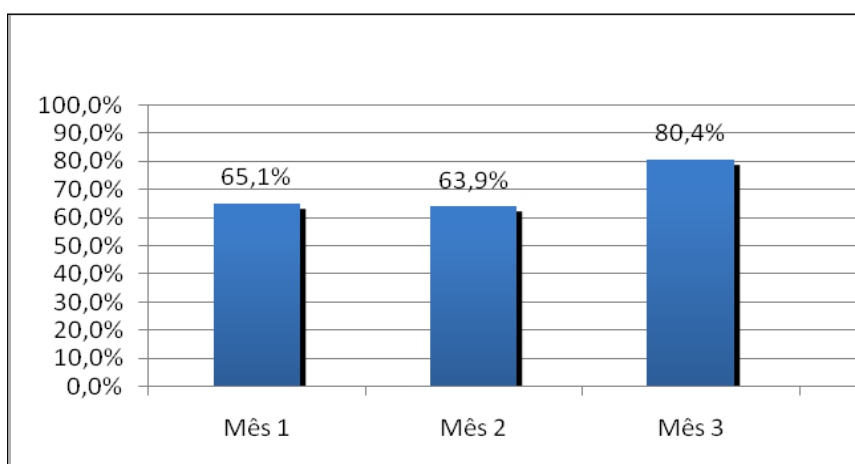


Figura 10: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

A busca ativa dos usuários faltosos à consulta foi uma solução para termos melhores resultados, no primeiro mês foram 28 (65,1%) dos usuários hipertensos, no segundo mês foram atendidos 76 (69,3%) dos hipertensos, no terceiro mês fechamos com 181 usuários (80,4%), conforme figura 10. Foi uma meta cumprida e que garantiu os melhores resultados. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa do número de hipertenso faltoso às consultas medica com busca ativa e de 201, sendo atendido um numero acima do estimado.

As ações que ajudaram no cumprimento e garantiram os resultados foram: a melhoria no acolhimento dos usuários, organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; informar à comunidade sobre a importância de realização das consultas; esclarecer aos portadores de hipertensão e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas; capacitar os ACS para a orientação aos usuários quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e monitorar o

cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Muitos de nossos usuários não tinham a possibilidade de deslocamento ou não tinham o costume de procurar o atendimento médico, e isso nos motivou na rotina de trabalho para oferecer atendimento aqueles que não tinham outra possibilidade. De forma geral este indicador evoluiu bem, o que garantiu uma maior cobertura na população, sendo afetado pelos dias de feriados e as dificuldades no deslocamento da equipe.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

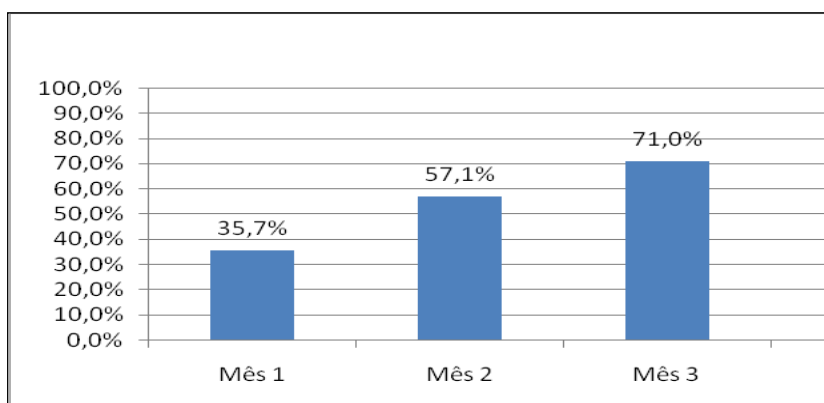


Figura 11: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

A busca ativa dos usuários faltosos à consulta foi uma solução para termos melhores resultados, no primeiro mês foram 05 (35,7%) dos usuários diabéticos, no segundo mês foram 24 (57,1%) dos diabéticos, no terceiro mês fechamos com 44 diabéticos (71,0%), conforme figura 11. Foi uma meta cumprida e que garantiu os melhores resultados. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa do número de diabético faltoso às consultas medica com busca ativa e de 65, sendo atendido um numero acima do estimado.

As ações que ajudaram no cumprimento e garantiram os resultados foram: a melhoria no acolhimento dos usuários, organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; informar à comunidade sobre a importância de realização das consultas; esclarecer aos portadores de hipertensão e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas; capacitar os ACS para a orientação os

usuários quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

A busca ativa foi uma solução para ter um maior atendimento, já que muitos de nossos usuários não tinham a possibilidade de um deslocamento ou não tinham o costume de procurar o atendimento médico, o motivou nossa mobilização na rotina de trabalho para oferecer atendimento aqueles que não tinham outra possibilidade.

Objetivo 04. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

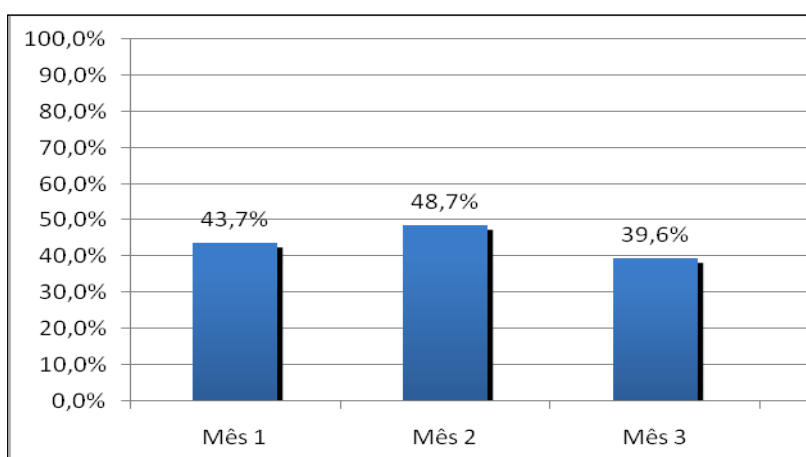


Figura 12: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

O registro nas fichas de acompanhamento foi progressivo, quando olhamos no início tínhamos 52 usuários hipertensos (43,7%), no segundo mês foram 132 hipertensos (48,7%) e finalizamos no terceiro mês com 156 hipertensos (39,6%) conforme pode ser visto na Figura 12. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa a proporção de hipertensos com registro na ficha de acompanhamento e de 195, sendo atendido um numero acima do estimado.

As ações que ajudarem neste ponto foram: a melhoria no acolhimento dos usuários, pactuar com a equipe o registro das informações, definir responsável pelo monitoramento dos registros, orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda

via se necessário, e capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos.

Neste ponto o trabalho contínuo da equipe foi a maior força que garantiu os resultados. Nós procuramos opções de trabalho e atendimento que garantissem o aumento adequado nas fichas dos usuários, com registros de acordo com as necessidades dos usuários e de acordo aos protocolos de atendimento.

De forma geral este indicador evoluiu bem não como tivemos planejado mais garantiu a cobertura na população, sendo afetado pelos dias de feriados e as dificuldades no deslocamento da equipe.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

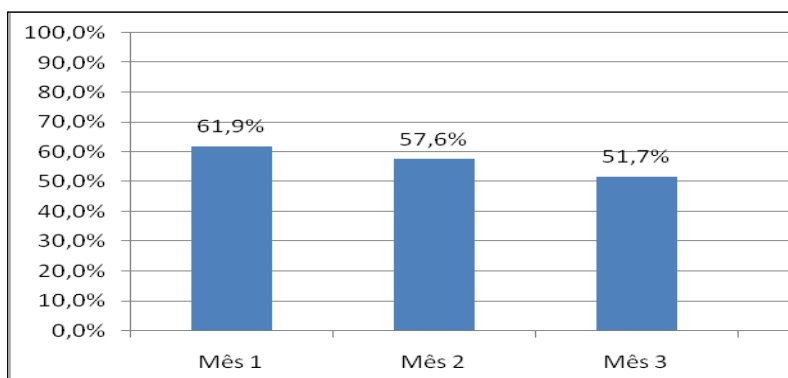


Figura 13: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

O registro nas fichas de acompanhamento progressivo, quando olhamos no início tínhamos 26 usuários diabéticos (61,9%) , no segundo mês foram 53 diabéticos (57,6%), e finalizamos no terceiro mês foram 60 (51,7%) diabéticos, conforme pode ser visto na Figura 13. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa a proporção de diabético com registro na ficha de acompanhamento e de 33, sendo atendido um numero acima do estimado.

As ações que ajudarem neste ponto foram: a melhoria no acolhimento dos usuários, pactuar com a equipe o registro das informações, definir o responsável pelo monitoramento dos registros, orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, e capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos.

Neste ponto o trabalho contínuo da equipe foi à maior força que garantiu os resultados. Nós procuramos opções de trabalho e atendimento que garantissem o aumento adequado nas fichas dos usuários, com registros de acordo com as necessidades dos usuários e de acordo aos protocolos de atendimento. De forma geral este indicador evoluiu bem não como tivemos planejado mais garantiu a cobertura na população, sendo afetado pelos dias de feriados e as dificuldades no deslocamento da equipe.

Objetivo 05. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

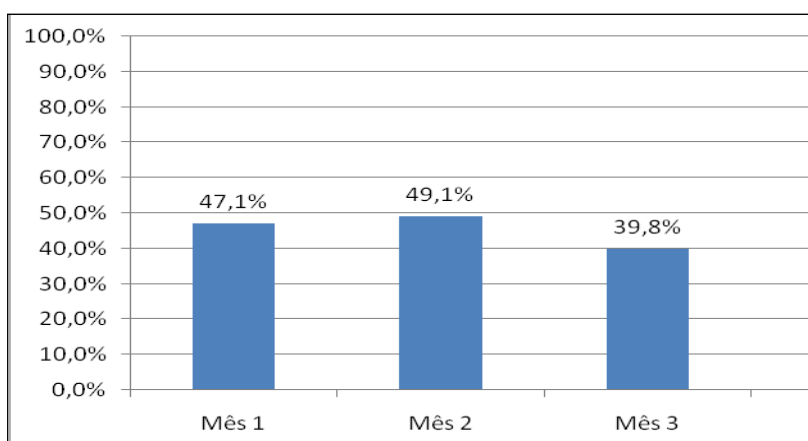


Figura 14: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

A estratificação do risco cardiovascular dos usuários teve resultados que nós consideramos muito bons, e mais ainda pelo aumento dos números no final da intervenção. Os hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico no primeiro mês 56 usuários hipertensos (47,1%), no segundo mês 133 hipertensos (49,1%), tendo no terceiro mês 157 hipertensos (39,8%), conforme pode ser visto na Figura 14. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa a proporção de hipertenso com estratificação de risco e de 195 sendo atendido um numera acima do estimado

As ações que garantiram os resultados foram: a melhoria no acolhimento dos usuários, priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco,

organizar a agenda para o atendimento desta demanda, orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Os resultados alcançados foram graças ao trabalho da equipe; eles souberam orientar a população e dar o seguimento que foi preciso no momento certo, e da forma certa. Mas a estratificação de risco ficou afetada pelas dificuldades com os exames laboratoriais e, às vezes, eu que não consegui participar nas ações da intervenção, assim como o município não tem uma quota de exames que não garante o atendimento de toda a população.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

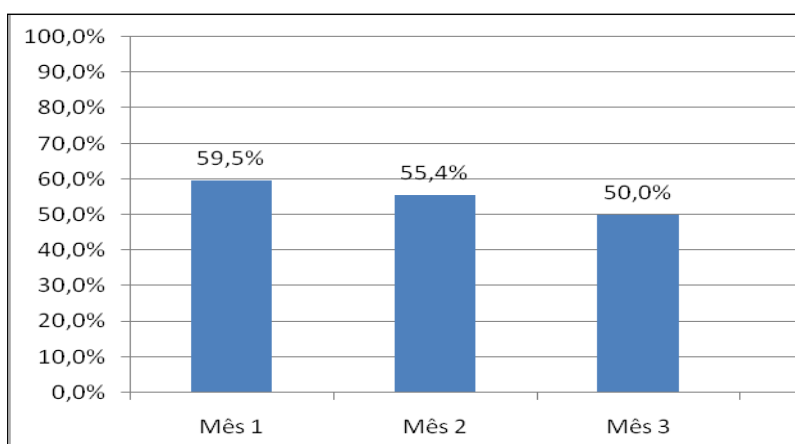


Figura 15: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Coxilha; Amaral Ferrador/RS.

A estratificação do risco cardiovascular dos usuários teve resultados que nós consideramos bons, e mais ainda pelo aumento dos números que tivemos no final da intervenção. Os usuários no primeiro mês foram 25 diabéticos (59,5%), no segundo mês 51 (55,4%) dos diabéticos, tendo no terceiro mês os 58 diabéticos (50,0%), conforme pode ser visto na Figura 15. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa a proporção de diabético com estratificação de risco e de 33 sendo atendido um numera acima do estimado

As ações que garantiram os resultados foram: a melhoria no acolhimento dos usuários, organizar a agenda para o atendimento desta demanda, orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular,

capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Os resultados alcançados foram graças ao trabalho da equipe; eles souberam orientar a população e dar o seguimento que foi preciso no momento certo, e da forma certa. Mas a estratificação de risco ficou afetada pelas dificuldades com os exames laboratoriais e, às vezes, eu que não consegui participar nas ações da intervenção assim como o município não tem uma quota de exames que não garante o atendimento de toda a população.

Objetivo 06. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

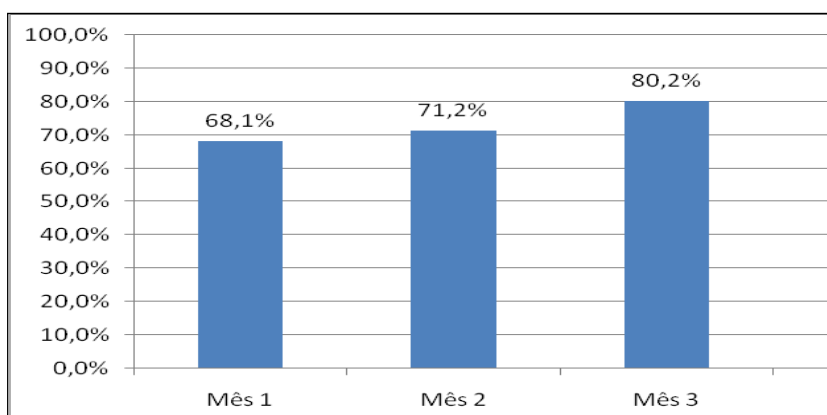


Figura 16: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

As orientações acerca de alimentação saudável, prática de atividade física e risco do tabagismo tiveram um padrão igual nos usuários com hipertensão e diabetes, não sendo assim no caso da saúde bucal.

Com relação à alimentação saudável, os usuários com hipertensão, conforme a Figura 16 no primeiro mês 81 hipertensos (68,1%), no segundo mês foram 193 hipertensos (71,2%), sendo no terceiro e último mês 316 hipertensos (80,2%). No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa a proporção de hipertenso com orientações de saúde e de 195 sendo atendido um número acima do estimado.

As ações que mais ajudarem no desenvolvimento da intervenção foram: a melhoria no acolhimento dos usuários, organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável,

De forma geral todas as ações de promoção de saúde aumentaram durante a intervenção. Nós fizemos muita força neste ponto por termos encontrado na população muita carência de conhecimento. Sendo afetado porque às vezes não tínhamos a participação da comunidade desejada.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

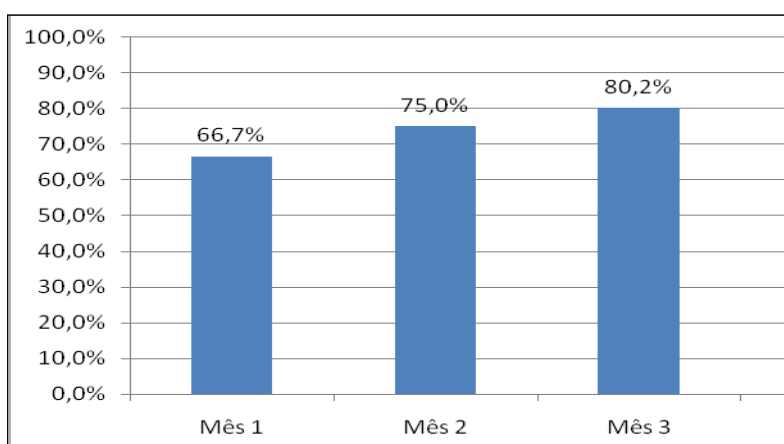


Figura 17: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

Com relação à alimentação saudável, conforme a Figura 17, no primeiro mês foram 28 usuários diabéticos (66,7%), no segundo mês foram 69 diabéticos (75,0%), sendo no terceiro mês 93 (80,2%) diabéticos. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa a proporção de diabéticos com orientações de saúde e de 46 sendo atendido um numera acima do estimado.

As ações que mais ajudarem no desenvolvimento da intervenção foram: a melhoria no acolhimento dos usuários, organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável,

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

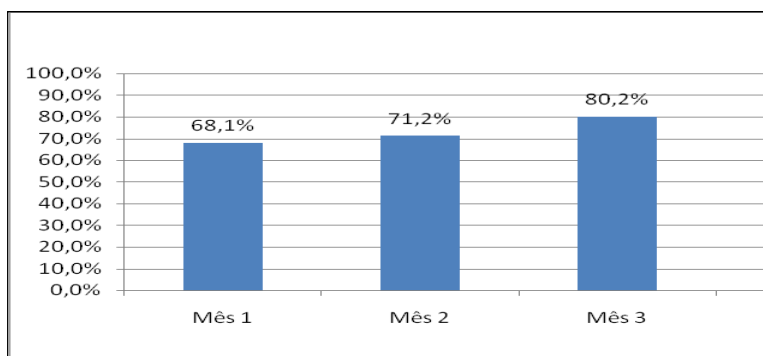


Figura 18: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

Com relação à prática de atividade física, conforme a Figura 18, no primeiro mês foram 81 hipertensos (68,1%), no segundo mês foram 193 hipertensos (71,2%), sendo no último mês 316 hipertensos (80,2%). No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa a proporção de hipertenso com orientações de saúde e de 195 sendo atendido um numera acima do estimado.

As ações que mais ajudarem no desenvolvimento da intervenção foram: orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

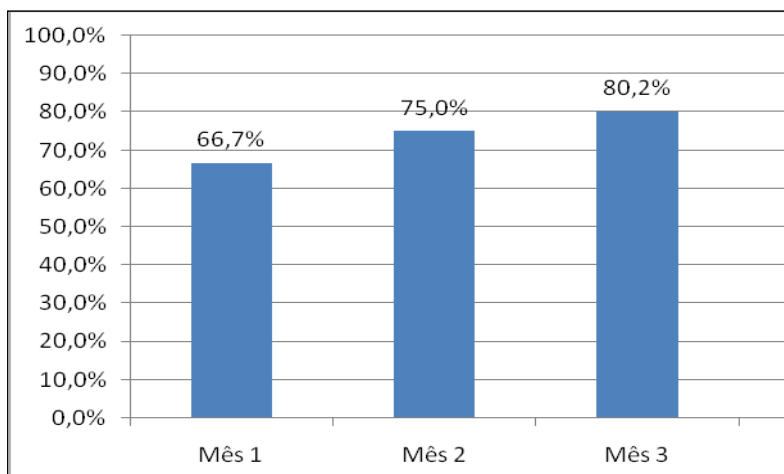


Figura 19: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS Coxilha; Amaral Ferrador/RS.

Com relação à prática de atividade física, conforme Figura 19, no primeiro mês foram 28 diabéticos (66,7%), no segundo mês foram 69 diabéticos (75,0%), sendo no terceiro mês 93 (80,2%) diabéticos. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa a proporção de diabéticos com orientações de saúde e de 46 sendo atendido um numera acima do estimado.

As ações que mais ajudarem no desenvolvimento da intervenção foram: orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular,

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

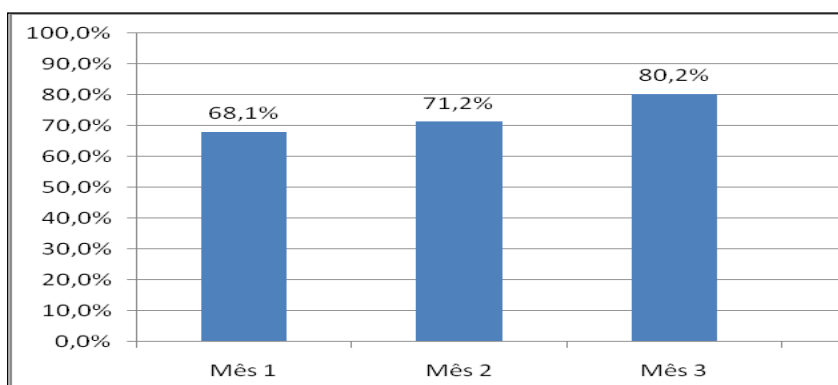


Figura 20: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

Com relação aos riscos de tabagismo para os usuários com hipertensão, conforme a Figura 20, no primeiro mês foram 81 hipertensos (68,1%), no segundo mês foram 193 hipertensos (71,2%), sendo no último mês 316 hipertensos (80,2%). No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa a proporção de hipertenso com orientações de saúde e de 195 sendo atendido um numera acima do estimado.

As ações que mais ajudarem no desenvolvimento da intervenção foram: capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas, organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

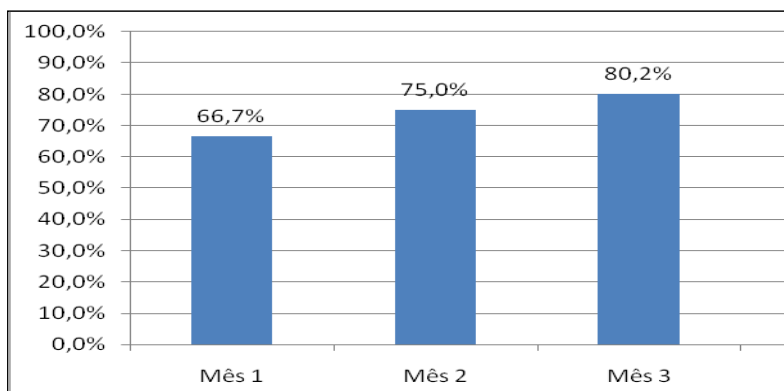


Figura 21: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

Com relação a risco de tabagismo nos usuários com diabetes, conforme Figura 21, no primeiro mês foram 28 diabéticos (66,7%), no segundo mês foram 69 diabéticos (75,0%), sendo no último mês 93 (80,2%) dos diabéticos. No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa a proporção de diabéticos com orientações de saúde e de 46 sendo atendido um numera acima do estimado.

As ações que mais ajudarem no desenvolvimento da intervenção foram: capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas, organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

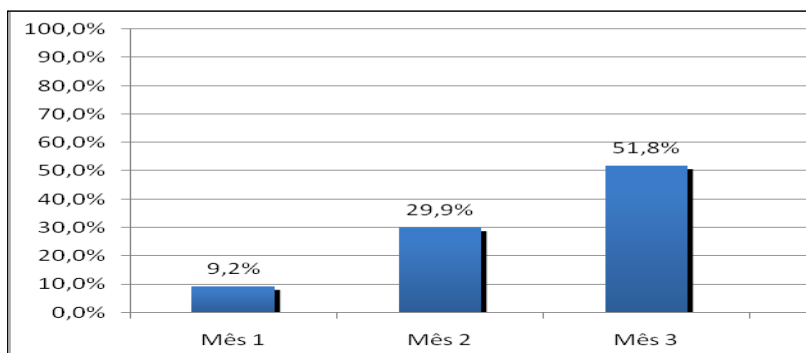


Figura 22: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na UBS Coxilha; Amaral Ferrador/RS.

Com relação às ações de educação de saúde bucal nos usuários com hipertensão, conforme Figura 22, tivemos no primeiro mês 11 hipertensos (9,2%), no segundo mês 81 hipertensos (29,9%) e no terceiro mês da intervenção os hipertensos 204 (51,8%). No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa a proporção de hipertenso com orientações de saúde bucal e de 15 sendo atendido um numera acima do estimado

As ações mais importantes nesse ponto foram: a melhoria no acolhimento dos usuários, monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos, orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

No início o comportamento deste indicador estava ruim, mas insistimos nas orientações de saúde bucal e com isso os resultados melhoraram, sendo incorporada a nossa rotina de trabalho.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

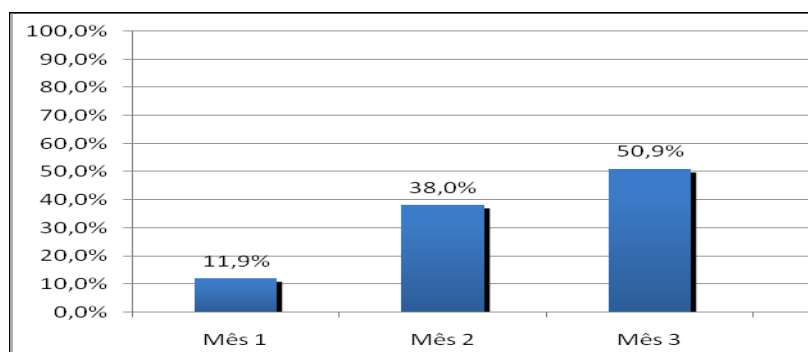


Figura 23: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal na UBS Coxilha, Amaral Ferrador/RS.

Com relação às ações de educação de saúde bucal nos usuários com diabetes, conforme Figura 23, no primeiro mês tivemos 5usuários diabéticos (11,9%), no segundo mês 35 diabéticos (38,0%), no terceiro da intervenção 59 diabéticos (50,9%). No CAP recolhe para uma população 2480 pessoas a estimativa a proporção de diabéticos com orientações de saúde bucal e de 7 sendo atendido um numera acima do estimado.

As ações mais importantes nesse ponto foram: a melhoria no acolhimento dos usuários, monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos, orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene

bucal e capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

No início o comportamento deste indicador estava ruim, mas insistimos nas orientações de saúde bucal e com isso os resultados melhoraram, sendo incorporada a nossa rotina de trabalho.

Como pode ser visto acima em todos os indicadores de promoção de saúde, infelizmente não conseguimos resultados 100% em todos os meses, como tínhamos planejado. Isso se justifica pelo fato de que nem todos os usuários tinham uma boa participação nas ações de promoção de saúde, às vezes não foi possível minha presença em algumas ações da intervenção, assim como o trabalho com a planilha não era possível completo no mesmo encontro, precisando uma segunda consulta, que muitas vezes não se conseguiu no mesmo mês.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica foi dirigida aos usuários com hipertensão e diabetes, onde foi desenvolvido um trabalho com o objetivo de aumentar a qualidade da atenção e a cobertura no atendimento.

Foi agendada uma série de ações na comunidade e na unidade, tendo a equipe um papel imprescindível no desenvolvimento e na coleta de dados. Porém, foi preciso fazer uma boa capacitação da equipe semana após semana, o que garantiu o cumprimento das ações e resultados alcançados. Tínhamos planejado um trabalho com 158 diabéticos e 554 hipertensos, alcançando 116 (73,4%) diabéticos e 394 (71,1%) hipertensos.

Nas ações desenvolvidas aconteceram palestras e atendimentos clínicos que ajudaram na avaliação, coleta de dados e um posterior seguimento, sendo as metas cumpridas de forma parcial, mas com resultados aceitáveis. Uma vez desenvolvida a intervenção, conseguimos ter bons registros. As pessoas conseguiram atendimento e agora temos os recursos para solicitar o seguimento e atenção a que elas têm direito. Quando nós fizemos uma análise final do trabalho

desenvolvido e seus resultados, ficamos satisfeitos por ter conseguido atender a população nas consultas em dia, sendo a maior expectativa alcançada.

A intervenção precisa de muitos aspectos logísticos e pessoas, superar muitos obstáculos e problemas, mas o que fez a diferença foram às capacitações da equipe de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (MS) relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Com esta intervenção percebemos a importância do trabalho em equipe, que se ocupa da saúde da população. De forma geral, o médico fez a capacitação e avaliação clínica dos usuários e rastreamento do risco cardiovascular, com um controle do desenvolvimento da equipe, assim como fez o assessoramento do pessoal durante o desenvolvimento da intervenção e revisão das informações que foram apresentadas pelo resto dos membros da equipe, trabalhou junto com o resto da equipe nas ações de orientação e promoção da saúde que foram feitas durante a intervenção. A enfermeira trabalhou nas ações de promoção de saúde e demais ações da intervenção, colaborou na avaliação clínica dos usuários e na coleta de dados. O dentista fez a avaliação odontológica dos usuários, assim como algumas ações de promoção de orientação de saúde bucal. Os ACS trabalharam na coleta de dados, nas ações de promoção de saúde e demais orientações que foram parte da intervenção, seguimento nas necessidades de reavaliação e demais dados necessários.

O número de usuários com hipertensão e diabetes na minha população é bastante alto, por isso foi preciso trabalhar para melhorar dados de orientações que são importantes para os usuários que ficam sob nosso cuidado. Antes de iniciada a intervenção o seguimento e controle dos usuários ficavam na responsabilidade do médico da unidade, sendo visto durante a intervenção que todos os membros da equipe têm responsabilidades no seguimento dos usuários. Felizmente, conseguimos distribuir as tarefas entre os membros da equipe e novas ações foram incorporadas à rotina da unidade.

O preenchimento dos registros da unidade de acordo com os requerimentos que são precisos, assim como a atualização dos dados foi de grande ajuda no seguimento de agora em diante, já que se conseguiu fazer uma agenda que garante o atendimento com consultas agendadas e uma demanda espontânea organizada.

A comunidade sempre ganha benefícios com tudo o que é feito para melhorar o atendimento e seguimento dos usuários. Nesta intervenção o impacto

ficou percebido e aprovado. No início tínhamos muitas dúvidas sobre a aceitação da intervenção, mas uma vez desenvolvida, as expectativas foram cumpridas parcialmente, já que temos dúvidas no seguimento que os usuários possam ter depois. Os hipertensos e diabéticos mostraram interesses no tema, porém no momento do tratamento e controle contínuo, eles não conseguem dar seguimento por varias razões. As ações de orientação e controle foram as mais aceitadas, já que muitos deles têm necessidade de conhecimento e de orientações de saúde. Dar um atendimento mais eficaz aos usuários como diabetes e hipertensão gerou uma situação de debate na unidade, porque eles têm recebido uma atenção diferenciada dos demais com outras doenças.

Se fizéssemos novamente a intervenção na minha área acredito que teria resultados similares e até superiores em alguns aspectos, já que restou uma parte da população que não se conseguiu trabalhar, ficando de fora da intervenção. Outro aspecto que foi de muita ajuda foi o levantamento realizado da análise situacional do estado de saúde da população. Por outro lado, um aspecto que ficou a desejar e que seria de grande ajuda para o trabalho foi a falta de integração do dentista na equipe e na comunidade durante a intervenção. Um aspecto que também faltou foi a integração com mais vontade das instituições do município. Tivemos algum apoio, mas há muito a fazer ainda, sendo, às vezes, necessários recursos, e o mais importante, um meio para o deslocamento da equipe. Uma vez quase terminada a intervenção posso afirmar que minha equipe teve boa integração, nas novas ações que desenvolvemos na unidade houve um melhor desempenho.

Na minha unidade a intervenção poderá ser incorporada, já que temos um alto número de usuários doentes e com critérios para dar seguimento. Para isto vamos ter como primeira tarefa ampliar as ações de capacitação da equipe e trabalhar na conscientização dos usuários em relação ao seguimento prioritário dos hipertensos e diabéticos da comunidade, e com mais dedicação aos que possuem alto risco.

Nós temos ofertado o agendamento das consultas, que era uma tarefa que não existia na minha unidade, assim como estabelecemos facilidades no momento da solicitação dos exames de laboratório e seguimento nos grupos de hipertensos e diabéticos, todos os meses, nas comunidades ou nas micro áreas onde moram os usuários.

Algumas informações foram difíceis de serem coletadas durante a intervenção, sendo a causa de alguns resultados mais baixos. Nossos registros não tinham quase nenhuma das informações necessárias para a planilha de coleta de dados, o que nos obrigou a fazer um trabalho de busca ativa nas comunidades, o que por sua vez garantiu um maior número de usuários atendidos.

No meu próximo passo, já que temos os ACS com as capacitações nas micro áreas de nossa população, temos planejado aumentar o trabalho com o resto dos hipertensos e diabéticos que não fizeram parte da intervenção para garantir a total participação da comunidade. Logo depois e com a experiência acumulada nesta intervenção, temos planejado o trabalho com o programa pré-natal na UBS, já que o trabalho com as gestantes ficou como outra prioridade no serviço e precisa ter uma força no funcionamento.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Ao longo de 12 semanas, realizou-se a intervenção na saúde do usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na UBS Coxilha. Sendo a HAS e DM uns dos principais problemas de saúde do todo mundo, é também uns dos principais problemas no nosso serviço, principalmente pelos fatores de risco associados (obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares não saudáveis e álcool) e tão presentes na nossa população.

Nos resultados do trabalho, detectamos o alto número de pessoas doentes nessa área de abrangência, o que justifica a necessidade do trabalho como este e de outros mais adiante, sendo planejada uma intervenção nas gestantes e talvez com crianças de até um ano de idade. Em relação aos atendimentos, necessitamos da intervenção da gestão para resolver algumas situações como o horário do trabalho do dentista e suas 40 horas na semana, pois estes indicadores foram os mais baixos da intervenção. Também o trabalho do laboratório no município sai de nossa governabilidade, sendo de fundamental importância uma melhora neste aspecto, já que a realização dos exames laboratoriais que nós e os usuários precisamos é de muita ajuda para a melhora no serviço à população. Também encontramos muita dificuldade em relação ao deslocamento dos usuários que moram na zona mais do interior, este foi um aspecto que mais afetou nosso trabalho e conseguimos ter bons resultados, pois com a solução do tema o atendimento se pode conseguir para uma maior parte da população e com mais qualidade no serviço.

Nós incorporamos ações na rotina da unidade para fazer mais simples aos usuários seu atendimento tais como: a solicitação de exames laboratoriais sem precisar tirar fichas, ficando só no momento da avaliação dos exames e atendimento clínico completo a necessidade das mesmas, assim como a capacitação da equipe

todas as semanas com um tema novo, e assim os ACS podem nas suas visitas domiciliares continuar orientando a população de nossa área de abrangência com mais qualidade. Um dado importante que temos em nossa equipe e que ajuda a continuidade das ações são as reuniões da equipe, que não é uma ação incorporada na rotina da unidade, só foi melhorada e muito bem vinda pela nossa equipe de trabalho.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Durante o período de 12 semanas, realizamos algumas mudanças nos atendimentos, que chamamos de intervenção na atenção a saúde de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM). O objetivo foi qualificar o atendimento aos usuários da nossa UBS e o serviço a comunidade do município.

As dificuldades que se teve foram o transporte que é difícil o deslocamento, os feriados do município e pais que tiraram dias de atendimento na unidade, a realização dos exames complementares dos usuários e no horário do atendimento do dentista da unidade.

Explicou-se sobre a dificuldade com o laboratório, pois a maioria dos usuários coincide com o pensamento de que precisam fazer exames laboratoriais com certa frequência o que vai dando uma ideia do estado metabólico dos usuários. O tema que uma vez mais foi motivo do debate é o atendimento pelo dentista na unidade, o que está sendo avaliada sua solução nos gestores do município. Propõe-se que a avaliação clínica geral fique fora do horário do atendimento à população por demanda espontânea, assim como a solicitação dos exames laboratoriais foi planejada e estabelecida com mais facilidade.

Também queremos enfatizar que o motivo do tema na intervenção é que se tinha cadastrada uma população doente na unidade, e com a intervenção mostrou que temos mais do que o planejado.

Trabalhamos durante os encontros com os grupos diversos temas. O tema da avaliação cardiovascular foi igual um motivo de interesse na população já que eles não tinham conhecimento do tema, assim como agora entendem um pouco mais a importância da sua realização. A equipe conseguiu, com exemplos e

demonstrações com dados de usuários na unidade, assim como eles mesmos, o que foi importante para sua compreensão.

De forma geral a população aderiu à intervenção e alguns deles não acreditavam na importância do tema já que tinham conhecimentos dos detalhes do tema. É importante que continue na capacitação da equipe na unidade já que se podem mostrar os benefícios para a população de uma equipe mais preparada. Os temas discutidos nos grupos foram muito bem aceitos por vocês, assim como a incorporação da comunidade como uma ajuda o nosso trabalho ficou garantido, o que vai ser de muita ajuda na continuidade do trabalho e na melhora do controle á população.

A população ganha em comodidades para fazer mais simples aos usuários seu atendimento: a solicitação de exames laboratoriais sem precisar tirar ficando só no momento da avaliação dos exames e na avaliação clínica geral; assim como a capacitação da equipe todas as semanas com um tema novo, o que garante que os ACSs possam nas suas visitas domiciliares continuar orientando a população de nossa área de abrangência, o que tem todo para dar certo só falta que a gente não se esgote e esqueça a importância do seguimento assim como de orientar a população, que realmente o precisa. Um dos dados importantes que temos em nossa equipe e que ajuda a continuidade das ações são as reuniões da equipe, que não é uma ação incorporada na rotina da unidade, só foi melhorada e muito bem vinda pela nossa equipe de trabalho.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

“O conhecimento não ocupa espaço”. Essa frase diz muito principalmente para os médicos e todo profissional da saúde, que precisamos cada dia nos atualizar aos novos protocolos e novos tratamentos. Com o desenvolvimento de meu trabalho fui ganhando mais conhecimentos onde obtive atualizações precisas. Só tenho que reconhecer que consegui trabalhar a área clínica, mais minhas expectativas não foram cumpridas na sua totalidade já que tinha a ideia que neste ponto se centraria o curso e na intervenção; ficando ao lado outras áreas do curso que são importantes mais a clínica e seu desenvolvimento tem ajudado em aspetos práticos do trabalho na unidade e seu seguimento dia após dia. Um aspecto que acredito ter ficado algo fora do curso, se teve algumas informações, mas não em quantidade suficiente foi em relação à metodologia no momento da elaboração das tarefas, tendo em conta que o curso não foi detalhado a metodologia a seguir antes de ser posta em pratica.

Tenho que destacar que os temas da intervenção foi dos mais importantes em uma unidade de saúde, cada tema foram muito bem escolhido, ganhando em importância na pratica no trabalho, e aumentando os dados que temos da população, o que profissionalmente ajuda no domínio de nossa população da área de abrangência da unidade, igualmente foi uma ajuda para aumentar o trabalho com os protocolos do atendimento no brasil.

O desenvolvimento do curso o mais relevante que teve em minha opinião, foram às tarefas da área clínica; o que nos obrigam a pesquisar e continuar ganhando em conhecimento que são traduzidos em um melhor atendimento nos usuários.

Referências

James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8) JAMA. 2014; 311: 507– 20.[PubMed] disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4137642/>>Aceso em 15-Jul-2014.

LUIS Fernando Rolim Sampaio, ANTONIO Dercy Silveira Filho; Caderno de Atenção Básica, Hipertensão Arterial Sistêmica, Caderno de Atenção Básica no15, Brasília 2006. 53p.

Dr. Nelson Aguilar Pacín. Enfermedades del Sistema Cardiovascular. Rev. Manual de Terapéutica de Medicina Interna. Editorial Ciencias Médicas, La Habana 2008. 68p.

Ortiz-Galeano I, et al. Pré-Hipertensão Arterial en adultos jóvenes. RevClin Esp. 2012.doi: 10.1016/j.rce.2012.03.008.

ANGELA Maria Vicente Tavares, BRUCE Bartholow Duncan, CAREN Serra Bavaresco, DANIEL Demétrio Faustino da Silva, DANIEL Miele Amado, FLAVIO DanniFuchs; Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde, Hipertensão Arterial Sistêmica no 37, Brasília -2013 130p

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

[illegible]

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1													
2	Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos ?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertida ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está regularizado?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
700		697												
701		698												
702		699												
703		700												
704	Soma automática				67	12	46	31	70	53	58	61	33	7
705	HIPERTENSOS				67		43	28	67	50	55	58	31	
706	DIABÉTICOS					12	9	7	12	10	10	10	4	

Anexo C-Ficha espelho

FICHA ESPELHO

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social

Data do ingresso no programa: ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS: _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador: _____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____
 Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: ____/____/____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante